

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 112

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

André-Frédéric-Marie-Paul-Alexandre MARTINAUD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-SULPICE-LES-CHAMPS (Creuse), le 29 juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	<i>Président</i>
		DUVERGEY, professeur....	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 112

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

André-Frédéric-Marie-Paul-Alexandre MARTINAUD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-SULPICE-LES-CHAMPS (Creuse), le 29 juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEN, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	GREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A MON PERE

IN MÉMORIAM

A MA MERE

Que leur vie, toute d'abnégation et de devoir, me serve toujours d'exemple, et que cet ouvrage bien modeste leur soit un faible gage de la reconnaissance que je leur garde.

A MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE

LE DOCTEUR L. BONTEMPS

Que mon nom reste plus tard aussi honoré que le sien, et j'aurai bien rempli ma carrière médicale.

A MON FRERE

A MES SOEURS

A MON BEAU-FRERE

A MES NEVEUX

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME ALBERT MAZET

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MON VIEIL AMI JEAN MEAUME

Avocat stagiaire à la Cour d'Appel de Paris.

A MESSIEURS YVES AUREGAN, ADOLPHE DIAGNE

PIERRE MARLETTE, JEAN DES ROSEAUX,

CHARLES VESNAT

En souvenir de notre bonne amitié d'étudiant.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Ancien Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Ancien Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Croix de guerre.*

Nous le remercions de nous avoir inspiré cette thèse et de l'aide qu'il nous a apportée.

Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous allons terminer nos études médicales, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous venons exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui y ont droit.

Il nous plairait de les remercier un à un, depuis la personne si dévouée qui commença notre instruction jusqu'à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, sans oublier nos Professeurs de l'Ecole Notre-Dame de Guéret, ceux de l'Ecole de médecine de Limoges et ceux de l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

Maintenant que nous quittons l'Ecole principale du Service de santé de la marine et des troupes coloniales, nous ne garderons pas un trop mauvais souvenir des années que nous y avons passées : nous nous y sommes fait de bons camarades, peut-être de véritables amis, qui nous aidèrent à passer le plus joyeusement possible ces quatre longues années. Nous les en remercions du fond du cœur, et tout particulièrement nos amis Aurégan, Diagne, Marlette, Vesnat et des Roseaux; ce n'est pas sans regret que nous les quittons et sans peine que nous les verrons partir vers une destinée que nous avons failli partager. Nous garderons toujours un bon souvenir des gais moments passés ensemble et c'est avec une grande joie que nous les retrouverons au retour de leurs lointains voyages.

C'est M. le Professeur agrégé Jeanneney qui nous a inspiré ce travail et qui nous a aidé de ses conseils dans son exécution. L'excellent enseignement qu'il nous a donné à

la Faculté et à l'Hôpital restera à la base de notre carrière médicale.

M. le Professeur Chavannaz nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions d'agréer l'expression de notre sincère gratitude.

Nous ne voulons pas terminer sans assurer de toute notre admiration M. le Professeur Mauriac, qui, dans sa remarquable leçon inaugurale, nous montrait récemment ce que doit être l'exercice de la profession médicale : honnête et libre; nous essayerons de ne jamais l'oublier.

Enfin nous assurons notre Mère et notre Grand'mère de notre grande affection et de notre vive reconnaissance; toute une vie de douce sollicitude filiale ne nous permettra pas de nous acquitter envers elles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Dans la littérature médicale, alors que l'on relève de nombreux cas de kystes et de cancers de l'ovaire, on ne trouve que très rarement des cas de fibromes de cet organe. C'est pour cela que M. le Professeur Jeanneney nous a conseillé de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de ces tumeurs.

Nous nous sommes efforcé, dans ce modeste travail, de faire une étude aussi complète que possible de leur anatomie pathologique et de leur symptomatologie. Nous regrettons de n'avoir pas pu en dégager un symptôme qui fasse dire à coup sûr : fibrome de l'ovaire. Peut-être que d'ici quelques années un moyen de diagnostic nouveau viendra combler cette lacune.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre dans notre travail :

CHAPITRE	I. —	<i>Historique.</i>
CHAPITRE	II. —	<i>Etiologie.</i>
CHAPITRE	III. —	<i>Anatomie pathologique et pathogénie.</i>
CHAPITRE	IV. —	<i>Symptomatologie.</i>
CHAPITRE	V. —	<i>Evolution.</i>
CHAPITRE	VI. —	<i>Diagnostic.</i>
CHAPITRE	VII. —	<i>Pronostic.</i>
CHAPITRE	VIII. —	<i>Traitement.</i>
CHAPITRE	IX. —	<i>Observations.</i>
CONCLUSIONS.		

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les fibromes de l'ovaire sont des tumeurs relativement rares, puisqu'elles ne constituent que 2 à 3 p. 100 des tumeurs de l'ovaire. Si bien que beaucoup d'anciens auteurs doutaient de leur existence.

L'observation rapportée en 1824, dans les *Archives générales de médecine*, par Cailliot, de Mulhouse, constitue le fait le plus ancien. Elle a trait à une tumeur volumineuse siégeant sur l'ovaire droit, constituée « par une substance homogène formée de fibres très denses ». Les deux ou trois cas de tumeurs désignées antérieurement sous le nom de fibromes de l'ovaire ne méritent pas qu'on y attache une importance scientifique : leur description est écourtée et leur aspect trop peu précisé.

La seconde observation est celle de Baron, en 1841. Elle manque, comme celle de Cailliot, d'un examen histologique, nécessaire pour le diagnostic exact. Mais la description clinique et la longue durée de la maladie, dans le second cas, la description macroscopique de la tumeur, dans le premier, paraissent nous autoriser à les ranger parmi les fibromes.

En 1830, van Buren publie deux cas de fibromes de l'ovaire. Dans la suite, les publications possèdent en général un examen histologique de la tumeur. En 1852, Blin relate une observation avec examen histologique de Verneuil.

En 1857, Wilks ajoute trois cas nouveaux avec diagnostic

microscopique et insiste sur leur indépendance absolue de l'utérus.

La même année, Kiwisch tente une classification des fibromes de l'ovaire en productions fibreuses surajoutées aux kystes et en tumeurs fibreuses arrondies et massives. Et, d'après une pièce qu'il a examinée, il signale la possibilité de transformation ostéoïde.

En 1864, Rokitansky décrit deux fibromes nettement développés aux dépens des corps jaunes; avec examen microscopique complet.

Spiegelberg (1866) cite un fibrome consistant en une hypertrophie uniforme de l'ovaire ayant conservé ses rapports avec le ligament large; Virchow en fit l'examen histologique et y trouva quelques fibres musculaires au milieu des éléments conjonctifs.

En lisant ce qu'a écrit Cruveilhier à ce sujet, on reste convaincu que les différentes variétés de tumeurs fibreuses de l'ovaire admises par cet auteur peuvent être rapportées à des kystes aréolaires dont les parois auraient subi une transformation fibreuse.

Courty ne fait même pas mention des fibromes de l'ovaire dans son *Traité des maladies de la femme*. A cette même époque (1870) paraît le traité de Churchill, qui mentionne bien les tumeurs fibreuses de l'ovaire, mais de façon très obscure.

Pour Barnes, les tumeurs fibreuses ou fibro-musculaires de l'ovaire sont si rares qu'il met en doute leur existence. « Dans quelques cas, dit-il, où l'on a conclu à la présence de fibroïde dans l'un des ovaires ou dans les deux, j'ai quelques raisons de supposer que ces tumeurs avaient leur origine dans l'utérus et qu'en se pédiculisant elles ont pressé sur les ovaires, qu'elles ont masqués. » Et, plus loin, après avoir passé en revue 6 ou 8 pièces anatomiques de différents musées, pièces qui prêteraient à la discussion, il résume sa pensée en disant que dans la plupart de ces pièces supposées fibreuses l'existence de kystes est le fait le plus saillant :

en d'autres termes, qu'il s'agirait là de simples kystes ordinaires à parois fibreuses considérablement développées.

Jusqu'en 1872, Spencer Wells soutient la même opinion que Barnes. Mais, grâce aux progrès de la chirurgie, les opérations abdominales deviennent de plus en plus nombreuses, et, partant, plus nombreuses aussi sont les occasions d'examiner avec soin les tumeurs tirées des profondeurs du ventre. Spencer Wells reconnaît son erreur après qu'il a eu, au cours d'une longue série de laparotomies, l'occasion de constater par trois fois de véritables tumeurs fibreuses de l'ovaire bien indépendantes de l'utérus.

Szurminski, à Breslau, présente cette même année (1872) une thèse : *Über soliden eierstockes Tumoren* (Sur les tumeurs solides de l'ovaire). Il y consacre un chapitre spécial aux fibromes et rapporte une observation nouvelle, avec examen histologique fait par Valdeyer,.

En 1874, Léopold publie un travail d'ensemble sur les tumeurs solides de l'ovaire et relate 19 cas de fibromes. L'année suivante, paraît à Paris la thèse de Ziembicki sur le même sujet, mais considéré d'un point de vue plus clinique.

Patenko, en 1880, étudie la pathogénie des fibromes de l'ovaire; nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de sa théorie. Appolant, dans sa thèse de 1885, admet que la plupart de ces tumeurs sont des combinaisons avec des éléments musculaires mixtes ou sarcomateux. Les années suivantes, la description de l'affection est faite dans les ouvrages de Schroeber et de Martin. Lawson Tait les met en doute.

Dès lors, les fibromes de l'ovaire sont mentionnés et décrits dans tous les traités de gynécologie, et des travaux leur sont consacrés spécialement. Citons les thèses de Bourgoûin, Lallemand, Deligny, Tchakmanoff, Gascheau. En 1899, paraît, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, un très important travail de Dartigues sur les tumeurs solides de l'ovaire, où il consacre de longs développements aux tumeurs fibreuses.

En 1904, Coudert étudie dans sa thèse de Paris les tumeurs

solides de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse, et Codet-Boisse, à Bordeaux, la même année, présente la sienne sur *L'évolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire*. En 1903, la *Gazette des hôpitaux* publie une étude des fibromes de l'ovaire, par Puech, et en 1907 ces tumeurs font le sujet d'un rapport du professeur Bégouin au Congrès de gynécologie d'Alger, comme leur allure clinique maligne dans certains cas avait fait le sujet de son rapport au Congrès de chirurgie de 1904.

La *Revue de gynécologie* publie, en 1909, un intéressant travail de Vautrin et Hoche, dans lequel ces auteurs rapportent plusieurs observations inédites de fibromes de l'ovaire, avec microphotographies.

Mériel, dans son rapport au Congrès de gynécologie de Toulouse, en 1910, après avoir étudié l'anatomie pathologique de ces tumeurs, conclut à leur extirpation dès que le diagnostic en est posé, en raison de leur malignisation possible.

Guillaume-Louis, en 1923, publie dans les *Archives médicales de province* une étude clinique des tumeurs solides de l'ovaire. Après avoir traité du diagnostic différentiel de ces tumeurs, il conclut : « En réalité, tout cela est affaire de nuance. L'important est de pouvoir dire : tumeur solide de l'ovaire et de conseiller à temps une intervention chirurgicale. »

Ajoutons, pour être complet, l'article de Segond dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* et l'article de Forgue et Massabuau sur les fibromes de l'ovaire dans le *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, sans oublier celui de Bégouin et Papin dans le *Traité de pathologie externe des neuf agrégés*.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Le fibrome de l'ovaire est rare. D'ailleurs les tumeurs solides de l'ovaire sont beaucoup moins fréquentes que les kystes uni ou multiloculaires et les tumeurs végétantes, et parmi elles les fibromes sont plus rares encore que les sarcomes et les cancers.

AGE. — D'après plusieurs auteurs, les fibromes de l'ovaire se rencontreraient plus fréquemment chez des femmes jeunes. Ainsi Léopold signale treize cas survenus chez des femmes de 5 à 30 ans contre 4 seulement de 30 à 40 ans.

Mais il semble bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi et que les fibromes de l'ovaire surviennent à un âge plus avancé. Sur 20 cas observés ou recueillis par Dartigues, on en trouve : 6 chez des femmes de 20 à 30 ans; 6 autres chez des femmes de 30 à 40 ans; 6 chez des malades de 40 à 50 ans, et 2, enfin, chez des personnes ayant dépassé la cinquantaine. Tchakimannoff a observé ou recueilli 36 cas de fibromes de l'ovaire, dont 3 seulement chez des femmes de 15 à 22 ans et 2 chez des personnes ayant dépassé la soixante-dixième année; les autres cas se répartissent de 35 à 45 ans.

Quant à nous, les tumeurs dont nous rapportons les observations existaient, en général, chez des femmes de 40 à 50 ans; on en relève une seule chez une femme de 77 ans et une seule aussi chez une femme de 23 ans.

En résumé, ces tumeurs se développent généralement vers l'âge moyen, mais peuvent survenir chez des femmes âgées.

ANTÉCÉDENTS. — Au point de vue des influences qui peu-

vent agir sur la genèse de ces néoplasmes, pour tout ce qui concerne les causes prédisposantes à leur évolution, nous nous trouvons en face d'une absence à peu près complète de notions. Les observations sont muettes au sujet de l'hérédité, de la présence ou non de tumeurs analogues chez les ascendants.

Delore a envisagé les fibromes de l'ovaire comme étant d'origine congénitale et il y a lieu de se demander si la coexistence chez une malade d'un kyste dermoïde d'un ovaire avec un fibrome de l'autre ovaire ne permet pas d'envisager cette hypothèse.

Mais il ne nous semble pas utile d'insister davantage sur ces questions étiologiques, qui n'apportent aucune lumière nouvelle dans l'étude de la question et n'offrent aucun intérêt pratique.

Et nous passons tout de suite à l'anatomie pathologique des fibromes ovariens, dont les détails sont intéressants en ce sens qu'ils feront prévoir les difficultés rencontrées au diagnostic, les dispositions topographiques variables, dont la connaissance sera de quelque utilité pour la clinique et pour les manœuvres opératoires nécessitées dans leur ablation.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE DES FIBROMES DE L'OVAIRE

Dans ce chapitre, nous croyons bon, avant d'aborder l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des fibromes de l'ovaire, de rappeler succinctement la constitution anatomique de l'ovaire normal.

I. — Constitution anatomique de l'ovaire normal.

Il comprend deux parties : la substance médullaire et la substance corticale.

A. — SUBSTANCE MÉDULLAIRE.

C'est le bulbe de l'ovaire de certains auteurs. Elle se continue avec la substance du hilé.

Cette substance se compose : d'un stroma conjonctif, de nombreux vaisseaux et de fibres musculaires lisses. De là partent des cloisons fibreuses qui vont à la périphérie et forment la charpente de la substance corticale. Arrivées vers la surface, ces cloisons se réunissent les unes aux autres en constituant par leur épanouissement une sorte de capsule fibreuse entourant l'ovaire : c'est l'albuginée. « Cette capsule très mince, et qui n'existe pas d'ailleurs dans les premiers temps de la vie, ne mérite guère d'être comparée à l'albuginée du testicule. Pour éviter toute erreur, il convient de l'appeler fausse albuginée. Elle est recouverte en dehors par l'épithélium ovarien. » (Testut.)

B. — SUBSTANCE CORTICALE.

Si on fait une coupe de l'ovaire, on voit, de l'intérieur vers l'extérieur de cette zone corticale :

- 1° des follicules de de Graaf à tous les stades de leur évolution;
- 2° l'albuginée (fausse) et la charpente fibreuse déjà décrites;
- 3° l'épithélium ovarien ou épithélium germinatif de Waldeyer. Il représente le revêtement péritonéal et il est constitué par un seul plan de cellules cylindriques se continuant au niveau du hile avec l'endothélium péritonéal. Il repose directement sur la fausse albuginée.

II. — Anatomie pathologique des fibromes de l'ovaire.

A. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

Forme. — La forme de ces tumeurs est variable. La plupart du temps, ce sont des masses arrondies, un peu allongées, conservant la configuration extérieure de l'ovaire, mais alors énormément hypertrophié. D'autres fois, elles prennent l'aspect des fibromes utérins : elles sont sphériques, parfois piriformes ou réniformes. Leur surface, parfois lisse et unie, est en général bosselée, lobulée. Dans une observation de la thèse de Bourgoin, la tumeur était formée de grosses masses agglomérées, quelques-unes plongeant dans le cul-de-sac de Douglas. Dans une observation publiée par Munde, le fibrome paraissait avoir crû aux dépens d'un seul point de l'ovaire et était en connexion très étroite avec l'écorce de cet organe.

Quelquefois existe une dépression sur un point de la tumeur où aboutissent les vaisseaux et qui constitue une espèce

de hile. Souvent de fines arborisations vasculaires rampent sous la couche superficielle.

Volume. — Le volume est très variable. En général, les fibromes de l'ovaire n'atteignent pas de grandes dimensions; ils varient du volume d'une noix, d'un poing, d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'adulte. Cependant, on trouve des observations en relatant de beaucoup plus gros. Dans l'observation classique de Spiegelberg, les dimensions étaient les suivantes : longueur, 51 centimètres; largeur, 40 centimètres; épaisseur, 23 centimètres. M. André Guillemin publiait récemment un cas où la tumeur remontait du détroit supérieur jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde.

Le poids des fibromes varie nécessairement avec leur volume et va de quelques grammes jusqu'à 30 kilos, comme dans le cas de Spiegelberg, qui paraît d'ailleurs quelque peu douteux. Mais quand on arrive à de telles dimensions et à de tels poids, on n'a plus affaire en général à des fibromes purs : ce sont des fibromyomes ou des fibrosarcomes.

La notion purement anatomique du volume de ces tumeurs bénignes de l'ovaire n'est pas inutile, puisqu'on pourra procéder à leur extirpation par la voie vaginale et non pas toujours par la voie abdominale.

Couleur. — La couleur des fibromes ovariens est le plus souvent le gris blanchâtre ou le blanc faïence. Ils peuvent être rosés ou jaunâtres et même présenter un aspect marmoréen.

Siège. — Les fibromes envahissent le plus souvent un seul ovaire. Cependant, il existe des observations qui nous montrent que les deux ovaires peuvent être atteints simultanément de cette même lésion.

Position. — Ils occupent en général une position transversale, comme l'ovaire normal. S'ils atteignent de grandes dimensions, ils se placent obliquement, une extrémité vers le pelvis, l'autre, supérieure, gagnant le haut de l'abdomen. Tantôt ils sont purement abdominaux, tantôt uniquement pelviens, et ils peuvent alors s'enclaver, se moulant sur le

squelette du petit bassin; s'ils sont petits, ils peuvent tomber dans le Douglas. En général, ils sont d'abord pelviens et, lorsqu'ils prennent un volume plus considérable, ils deviennent abdominaux.

Toujours est-il que, s'ils sont abdominaux, ils sont très mobiles, et que, s'ils sont surtout pelviens, ils déterminent des phénomènes de compression, et leur extirpation est plus difficile. Leur situation souvent transversale ou pelvienne fait comprendre que l'abdomen est parfois peu augmenté de volume alors qu'il renferme un fibrome de l'ovaire énorme.

Pédicule. — Le pédicule des fibromes de l'ovaire est en général large, plus ou moins épais, et, chose curieuse, c'est souvent dans ces cas-là qu'on observe des phénomènes de torsion. Il est constitué par le ligament propre de l'ovaire très hypertrophié. Il contient des artères et des veines de calibre d'autant plus gros que la tumeur est plus grosse. Au niveau du hile de la tumeur, on rencontre la trompe utérine, soit hypertrophiée, étirée, allongée avec la tumeur, soit quelquefois indemne de toute altération spéciale.

En général, la tumeur est bien isolable, mais il est cependant indéniable que certains fibromes de l'ovaire ne sont pas toujours bien mobiles, par exemple si la tumeur a dédoublé le ligament large et s'y est enclavée. Il peut alors devenir très difficile de distinguer un fibrome de l'ovaire d'un fibrome utérin ayant acquis les mêmes connexions. Comme on sait, par ailleurs, que les fibromes de l'ovaire coïncident souvent avec ceux de l'utérus, on ne sera pas autrement étonné que certains auteurs n'aient pas cru à la réalité de tumeurs fibreuses propres de l'ovaire.

Etat des organes voisins, adhérences. — Les adhérences intestinales sont extrêmement rares; elles sont surtout épiploïques. En effet, l'intestin est souple et fuit devant la tumeur plutôt qu'il ne se laisse déprimer par elle. Le plus souvent, le fibrome est indépendant, libre de toute adhérence, contrairement aux kystes de l'ovaire et aux fibromes utérins. Waldeyer explique ce fait curieux en faisant remarquer que l'épi-

thélium cylindrique qui recouvre le fibrome de l'ovaire est en tout point semblable à l'épithélium de l'ovaire sain : il donne à sa surface les caractères d'une muqueuse et la protège contre les adhérences avec le péritoine. C'est pourquoi, d'après Léopold, chez les femmes âgées, où cet épithélium tend à s'aplatir et à disparaître, les fibromes contractent plus facilement des adhérences.

Aspect à la coupe. — On remarque, en examinant la surface de coupe de ces tumeurs, que l'ovaire tout entier est le siège de la néoformation fibreuse. C'est une hypertrophie néoplasique massive qui intéresse tout l'organe. Ceci est bien prouvé par la constatation de follicules de de Graaf plus ou moins dilatés ou plus ou moins atréiés sur toute la périphérie de la tumeur. Cependant, il est à signaler que dans le cas publié par Mundé le fibrome paraissait avoir poussé sur la surface extérieure de l'ovaire resté à peu près complètement intact et normal.

La consistance de ces tumeurs est d'ordinaire dure et élastique, parfois elle est inégale, certaines parties restant dures, d'autres devenant plus molles. Cette mollesse tient parfois à l'existence d'un œdème considérable et on peut croire à la fluctuation; il en est de même dans les cas où les parties centrales sont dégénérées et en voie de mortification.

Sur la coupe, on se rend assez exactement compte de la structure générale de ces tumeurs. Ou bien elle est uniformément fibreuse (la tumeur crie sous le couteau); à la périphérie on voit quelques petites cavités kystiques contenant un liquide filant, quelquefois hémorragique. La masse principale de la tumeur est formée par des tractus blanchâtres, réfringents, très serrés, ramifiés, anastomosés entre eux. Ces faisceaux, se dirigeant en tous sens, se rencontrent par place pour former des tourbillons. Ou bien le tissu est moins ferme et laisse s'écouler à la section une sérosité plus ou moins visqueuse : il y a des zones plus fermes blanchâtres ou blanc jaunâtre et d'autres plus molles, succulentes, infiltrées, vascularisées. On peut y rencontrer, à la périphérie, de petites cavités identiques à celles signalées précédemment.

D'autres fois, dans l'intérieur des tumeurs, on trouve des cavités plus grandes à contenu clair et à parois lisses ou des cavités plus irrégulières à contenu trouble ou sanguinolent résultant du ramollissement ischémique des tissus. Les petits kystes périphériques paraissent devoir être considérés soit comme des kystes folliculaires, soit comme des kystes lymphatiques. Les kystes médullaires sont analogues aux géodes lymphatiques des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Complications. — On a vu, dans les fibromes de l'ovaire, la calcification et même l'ossification de la tumeur; dans d'autres cas, c'est la dégénérescence sarcomateuse.

Rokitansky a observé un exemple de suppuration d'un fibrome de l'ovaire après un accouchement.

La torsion du pédicule peut s'observer tout aussi bien dans les fibromes que dans les kystes de l'ovaire et avec les mêmes conséquences de dégénération de leurs tissus.

Enfin, l'ascite qui accompagne très fréquemment les autres tumeurs solides de l'ovaire ne manque pas non plus dans le fibrome, quoique moins constante. On la voit survenir avec une plus grande abondance, et souvent sanguinolente, lorsque le fibrome se transforme en sarcome ou en cancer. La couleur du liquide ascitique est généralement jaune.

B. — ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Certains auteurs nient l'existence des fibromes purs de l'ovaire. D'autres déclarent qu'ils n'ont jamais rencontré de fibres musculaires dans ces tumeurs fibreuses. En réalité, les deux existent, mais le fibrome vrai de l'ovaire est un fibrome pur; cependant, ces tumeurs ne sont pas complètement distinctes, et l'on peut rencontrer dans les fibromes considérés comme les plus purs quelques fibres musculaires lisses.

Un fait saillant à signaler tout d'abord dans cet examen microscopique, c'est que le tissu ovarien lui-même a presque entièrement disparu. Ce n'est que dans les couches corticales que l'on trouve encore des vestiges de follicules de de Graaf

soit kystiques, soit hypertrophiques, soit atrésiés, comprimés par le tissu fibreux (1).

Les coupes faites dans cette couche corticale des tumeurs montrent, d'une part, l'épithélium superficiel reposant sur une couche fibreuse plus ou moins dense composée de cellules allongées, tassées parallèlement à la surface, et de fibres conjonctives bien caractérisées. En dessous et en rapport avec cette sorte de lame fibreuse analogue à celle qu'on décrit dans l'ovaire sous le nom de fausse albuginée, des faisceaux de fibres conjonctives au milieu desquels se distinguent des cellules fusiformes étoilées ou arrondies, se ramifient et se dispersent en différentes directions, se réunissant parfois autour de petits vaisseaux ou de follicules de de Graaf persistants ou atrésiés.

Quant à la portion centrale de la tumeur, on y retrouve les mêmes trousseaux fibreux, souvent très ondulés s'ils sont peu denses, très fins et séparés soit par des cellules conjonctives bien apparentes, soit par des débris granuleux provenant de celles-ci, soit enfin par une substance granuleuse ou d'œdème qui, sur les préparations histologiques, est coagulée par les fixateurs. Il peut y avoir quelques hémorragies interstitielles.

Telle est la structure de ces tumeurs, relativement rares, que l'on désigne sous le nom de fibromes purs de l'ovaire. A côté de ce fibrome type, on voit d'autres néoplasies s'en rapprochant :

Les fibromyomes, qui sont d'ailleurs beaucoup plus communs que les fibromes purs. Ils se forment aux dépens des fibres lisses contenues dans les ligaments utéro-ovariens ou dans la couche corticale de l'ovaire. Sangalli a signalé un cas de myome pur de l'ovaire.

Les fibromes du corps jaune, décrits par Rokitansky, sont une variété intéressante au seul point de vue anatomique, et

(1) Bantock, *British Gynecological Society*, vol. 8.

d'ordinaire de petites dimensions. Quand on en examine les coupes, on reconnaît vers la surface la coque dentelée du corps jaune, dont le microscope permet de retrouver le pourtour.

Les fibromes caverneux de Spiegelberg sont des exceptions. Le fibrome revêt un aspect spongieux du fait des dimensions inusitées que prennent les vaisseaux.

Enfin, on a pu déceler la présence d'éléments nerveux dans les fibromes de l'ovaire.

En résumé, le fibrome et le myome purs de l'ovaire sont très rares; il y a surtout des fibromyomes et, dans ces derniers, on doit admettre que les uns sont à prédominance fibreuse, les autres à prédominance musculaire.

III. — Pathogénie des fibromes de l'ovaire.

Le mode de développement des fibromes de l'ovaire constitue un des points les plus obscurs de leur histoire.

Dans notre exposé historique de la question, nous avons déjà signalé que certains auteurs n'admettent pas l'origine ovarienne de ces tumeurs. Pour Barnes, ce seraient des fibromes utérins migrateurs qui, en se développant, arriveraient à englober l'ovaire, lui faisant perdre son aspect normal et même le dénaturant complètement. Personne aujourd'hui ne songe à défendre cette opinion, qui n'a plus qu'un intérêt historique. Mais l'origine ovarienne admise, on s'est demandé dans quelle région de la glande la tumeur prenait naissance.

Rokitansky considérait les fibromes de l'ovaire comme développés aux dépens des corps jaunes. Cette pathogénie ne convient qu'à quelques cas.

Patenko fait dériver ces tumeurs d'une sclérose partielle de l'endothélium folliculaire. Pour lui, les vrais fibromes de l'ovaire n'auraient que de petites dimensions : celles d'un œuf d'oie au grand maximum. Pour les tumeurs de gros volume, il revient à la théorie de Barnes de l'origine extra-ovarienne.

Herbert Spencer place le point de départ du fibrome de

l'ovaire dans la tunique fibreuse du follicule de de Graaf. J. S. Fairbank admet que certaines de ces tumeurs se développent dans la tunique albuginée.

Pour la plupart des auteurs, c'est dans le stroma de l'ovaire que les fibromes prendraient naissance. Ils ont donc une origine mésodermique, comme les tumeurs solides de l'ovaire, qui, suivant la prédominance de tel ou tel tissu, se classent en fibromes, chondromes, sarcomes, endothéliomes, surrénales, etc. L'épithélium de Waldeyer donnera, lui, naissance aux épithéliomas et, peut-être, suivant certains auteurs, à des kystes de l'ovaire, qui peuvent aussi se développer aux dépens de tubes de Pfluger de la période embryonnaire qui, non utilisés à la formation d'ovules primordiaux, sont demeurés inclus dans l'ovaire; d'après d'autres auteurs, ces kystes de l'ovaire auraient une origine wollfienne.

Quant aux fibromes de l'ovaire dont l'origine mésodermique n'est pas douteuse, c'est aux dépens de tout le stroma fibreux de l'ovaire, qu'ils prennent naissance, atrophiant progressivement les éléments de l'ovaire qui se trouvent finalement remplacé tout entier par la néoformation. Il s'agirait, suivant la remarque de Pozzi, d'une dégénérescence fibromateuse de l'ovaire, comme il s'agit d'autres fois d'une dégénérescence kystique. « Il s'agit d'un type différent de néoplasie moins élevé dans l'échelle de la malignité, mais doué néanmoins d'une tendance marquée à la métamorphose cancéreuse. Que l'ovaire pathologique subisse les effets de la prolifération conjonctive ou ceux de la prolifération épithéliale, il y a dans l'une et l'autre déviations morbides un danger pour l'organisme et une propension à une dégénérescence métatypique puis atypique, suivie plus ou moins rapidement d'une généralisation fatale. Tel est le rapprochement que la comparaison des tumeurs kystiques et des fibromes de l'ovaire suggère à un chirurgien attentif, et si la notion de bénignité des fibromes s'est implantée dans l'opinion générale, cela tient à la pénurie des observations ou à leur rareté et aussi à ce que l'on néglige de rapprocher des fibromes certaines tumeurs

solides et malignes de l'ovaire qui n'ont en réalité cessé d'être des fibromes que le jour où le sarcome et le cancer les ont envahies. » (Vautrin et Hoche.)

La transformation fibromateuse de l'ovaire n'est pas cependant totale dans tous les cas; le néoplasme peut respecter une partie plus ou moins considérable de la glande : Mundé a rapporté un cas où le fibrome s'était développé aux dépens d'un seul point de l'ovaire et était en solide connexion avec l'écorce de cet organe.

Deux auteurs belges, Rouffart et Lauwers, ont rapporté deux observations qui montrent des exemples de la localisation du fibrome à une partie de l'ovaire seulement. Il est à noter aussi que, dans ces deux cas, la tumeur occupait l'un des pôles de la glande, le reste de l'organe conservant sa forme habituelle. Ces deux observations rappellent en venant à son appui la thèse émise par Virchow, d'après laquelle le point de départ du fibrome serait presque toujours une des extrémités latérales de l'ovaire.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons faire une étude des symptômes des fibromes ovariens reposant sur les caractères que fournit un examen aussi approfondi que possible des malades porteuses de ces tumeurs.

Nous diviserons cette étude en deux parties : dans l'une, nous étudierons les symptômes des fibromes au début, c'est-à-dire lorsqu'ils sont de petites dimensions, puis, dans l'autre, nous examinerons le cas où la tumeur est arrivée à son développement à peu près complet, en période d'état.

I. — Période de début.

A. — SIGNES FONCTIONNELS.

Au début de leur évolution, les fibromes de l'ovaire présentent, dans la grande majorité des cas, une période pendant laquelle la symptomatologie est nulle ou à peu près. Leur présence est révélée à l'occasion d'une intervention, d'un examen gynécologique, ou par la présence de l'ascite, ou encore par un ensemble de symptômes douloureux. L'on conçoit très bien que, vu sa petitesse, le fibrome ovarien ne s'accompagne d'aucun trouble pendant longtemps et qu'à cet égard il se confonde avec un ovaire scléreux ou un petit kyste de l'ovaire au début. Et le fibrome de l'ovaire étant assez rare, on pensera plus facilement à une tumeur banale de l'ovaire ou à des lésions annexielles, en face de symp-

tômes qu'on est dans l'impossibilité absolue de rattacher à leur véritable cause ou en face de signes communs à toutes les tumeurs de l'ovaire au début et aux lésions des annexes.

Donc, une des caractéristiques du fibromé de l'ovaire, c'est sa longue latence, dont la durée est variable pour chaque cas, obéissant en cela à l'irrégularité ordinaire du processus néoplasique.

Dans certains cas c'est par l'*ascite* que se révèle la tumeur, mais c'est rare. Cette ascite est, le plus souvent, méconnue jusqu'à l'opération. On cite cependant des faits où elle fut considérable d'emblée et attira la première l'attention, ce qui fit penser à un kyste de l'ovaire.

Quelquefois, ce sont des *douleurs* plus ou moins vagues qui attirent l'attention du côté des annexes, en même temps que la malade s'aperçoit de l'augmentation de volume de son ventre. Le siège de ces douleurs est très variable : elles se localisent quelquefois dans l'aîne, au pubis ou bien au point affecté lui-même, comme s'il s'agissait d'une simple ovarite; elles sont, d'autres fois, hypogastriques, mais le plus souvent ce sont des douleurs annexielles, qui s'accompagnent d'irradiations diverses. Ces douleurs, qui sont tantôt sourdes, tantôt lancinantes et paroxystiques, peuvent affecter le caractère de coliques très vives et s'accompagner de métrorragies. On cite aussi des cas où les douleurs s'accompagnent d'irradiations lombaires et d'absence des menstrues.

Le début peut aussi se révéler par des phénomènes douloureux brusques de pelvi-péritonite, produits par la torsion du pédicule de la tumeur.

Pendant cette période de début, surviennent des troubles digestifs, consistant surtout en vomissements, parfois de la constipation et quelquefois des troubles de la miction.

Bien entendu, il existe des cas où les symptômes fonctionnels manquent tout à fait. Le début est marqué par l'apparition d'une tumeur abdominale, et l'on concevra facilement que si, comme cela arrive quelquefois, les règles se suppriment, la malade sera portée à se croire enceinte.

B. — SIGNES PHYSIQUES.

On a rarement eu l'occasion d'examiner une malade porteuse d'un fibrome de l'ovaire au début et de constater les signes physiques qui accompagnent cette tumeur à ce stade de son évolution. Mais il est évident *a priori* que ces signes physiques seront fort simples. Ce sont ceux qu'on peut supposer à une petite tumeur pelvienne dure, mobile, dont le siège présumé se trouve sur le côté latéral de l'utérus, à la place de l'ovaire normal. La grosseur peut varier du volume d'une noix à celui d'une mandarine. La forme, généralement arrondie et régulièrement unie, permet de distinguer les fibromes de l'ovaire scléro-kystique. Il est quelquefois prolabé dans le Douglas, et le plus souvent indolore au toucher vaginal.

Mais aucun de ces signes ne peut être regardé comme pathognomonique, et plusieurs sont communs à nombre d'affections de l'ovaire.

II. — Période d'état.

A. — SIGNES FONCTIONNELS.

C'est à la période d'état, plus ou moins avancée, que les malades viennent consulter le médecin; tantôt parce que le hasard leur a fait découvrir, surplombant plus ou moins le pubis, la tumeur, dont la consistance et le volume leur sont un sujet d'appréhension; tantôt parce qu'elles ressentent d'atroces douleurs, tantôt parce que des complications inattendues (torsion du pédicule, phénomènes de péritonite ou d'obstruction intestinale) sont survenues brusquement; tantôt, et c'est le plus souvent, ce sont les troubles de la menstruation qui frappent les malades et les incitent à se faire examiner.

Les signes fonctionnels peuvent, à cette période, se grouper dans les deux catégories suivantes :

- 1° Troubles de la menstruation, qui sont les plus fréquents, les plus objectifs, les plus frappants;
- 2° Troubles dus à la compression que le fibrome augmenté de volume exerce sur les organes contenus dans la cavité pelvi-péritonéale.

1° TROUBLES DE LA MENSTRUATION. — Ils consistent en pertes séreuses ou blanches, en pertes de sang plus ou moins profuses, ou bien encore dans la suppression des règles.

Les pertes séreuses, l'hydrorrhée, qui accompagnent quelquefois les fibromes de l'utérus, n'ont jamais été relatées dans les cas de fibromes de l'ovaire. Quant à la leucorrhée, si fréquente et presque normale chez la plupart des femmes, elle n'a jamais été trouvée tellement profuse que les auteurs se soient donné la peine de la signaler. Cette constatation n'est pas aussi insignifiante qu'elle peut le paraître. En effet, la leucorrhée est, autant que la métrorrhagie, symptôme de l'état métritique. Or, dans la plupart des observations qu'il nous a été donné de lire, l'état métritique pouvant être concomitant d'un fibrome de l'ovaire ne s'est guère traduit par de la leucorrhée. Ceci nous entraîne à conclure que le syndrome métrorragique, qui s'allie si fréquemment aux pertes blanches et qui marche presque toujours de pair avec elles dans les métrites, n'est pas, comme l'ont admis certains, un symptôme marquant une métrite satellite du fibrome ovarien, c'est-à-dire que nous croyons que les pertes de sang peuvent être dues à la seule présence du fibrome, en dehors de tout état pathologique de la muqueuse utérine.

Nous allons étudier maintenant les troubles de la fonction cataméniale. Dans un tiers des cas environ, d'après Dartigues, les fibromes de l'ovaire ne déterminent pas de perturbation bien marquée de cette fonction. Lorsqu'ils existent, les troubles de la menstruation se manifestent soit par des hémorragies, soit par la suppression des règles.

Les pertes sanguines affectent plus souvent le caractère de métrorragie que celui de simple ménorragie. Rien n'est plus variable que la quantité, la durée, l'époque de ces pertes. Et sous ce rapport on peut distinguer plusieurs cas : tantôt on constate simplement que les règles sont plus fréquentes, plus abondantes, de plus longue durée que d'ordinaire, sans aucun écoulement vaginal dans leur intervalle, tantôt il y a perte de sang abondante au moment des règles, ou bien survenant périodiquement, avec de fortes pertes blanches dans l'intervalle; d'autres fois, les pertes de sang sont constantes. Sans nier complètement la coïncidence d'un fibrome de l'ovaire avec une endométrite, on peut croire que le fibrome suffit à lui seul à produire l'hémorragie, comme nous le disions plus haut.

Il en serait de même pour l'aménorrhée qui, assez souvent, accompagne les tumeurs fibreuses de l'ovaire. Cette suppression des règles survient soit au moment où la tumeur fait son apparition, soit à des époques variables de son évolution. Il n'y a aucun rapport entre cette aménorrhée et l'âge de la malade : en effet, si l'on relève bien quelques cas où la malade paraissait avoir droit à la ménopause naturelle, on relève aussi, et en bien plus grand nombre, des cas où la suppression des règles survient chez des femmes jeunes, en pleine activité génitale.

Par contre, cette aménorrhée semble survenir alors que le fibrome a acquis un certain volume, ou à l'occasion d'une poussée d'accroissement. De même, cette ménopause anticipée correspondant au développement d'un fibrome de l'ovaire survient généralement chez des femmes n'ayant jamais été enceintes.

En résumé, si nous cherchons à connaître les rapports qui peuvent exister entre l'âge, les grossesses antérieures, le volume des fibromes ovariens et tel ou tel symptôme concernant la menstruation, nous arrivons aux déductions suivantes :

a) L'âge ne paraît avoir aucune influence;

b) Les grossesses antérieures ne sont pas plus fréquemment signalées dans les cas compliqués de métrorragies, et peut-être un peu moins souvent dans les cas s'accompagnant d'aménorrhée;

c) Quant au volume des tumeurs, il est facile d'admettre qu'il peut influencer sur les troubles de la menstruation, en particulier pour ce qui concerne les hémorragies. En effet, la tumeur, pesant sur certains gros vaisseaux, détermine des phénomènes de compression empêchant la circulation veineuse de retour, ce qui peut occasionner une congestion passive de l'utérus et l'hyperhémie de sa muqueuse. D'ailleurs, on doit ajouter qu'un fibrome moyen, petit à la rigueur, suivant la façon dont il est placé, peut être cause d'hémorragie plus qu'un fibrome énorme dont la position gênera moins;

d) Il reste un point à élucider : le fibrome de l'ovaire suffit-il à produire, par sa seule présence et sa seule évolution, le symptôme hémorragie ou la suppression des règles, ou faut-il attribuer ce symptôme à la concomitance de lésions utérines ou annexielles du côté opposé? Comme dans presque tous les cas de fibromes de l'ovaire, l'examen des organes génitaux à ce point de vue n'a pas été fait; il est fort difficile de savoir, comme l'a fait remarquer Picqué « si l'on est autorisé à admettre une corrélation entre l'hémorragie et le développement de la tumeur, qui aurait agi comme une cause incitatrice du trouble de la fonction menstruelle, selon la théorie admise par quelques auteurs. Pour accepter cette hypothèse, il faudrait connaître au préalable l'état de la muqueuse utérine et savoir s'il n'existe pas d'endométrite concomitante. Tant qu'on ne posséderait pas cette donnée importante, il semble impossible de formuler rien de précis sur ce point de la question et, tout en admettant comme possible une relation de cause à effet, l'on est tout aussi autorisé à n'y voir qu'une coïncidence. » Pour nous il est certain, tout en partageant les restrictions de Picqué, que souvent il y a davantage qu'une coïncidence de fibrome de l'ovaire et d'état métritique et nous croyons, comme nous l'avons déjà dit, que la relation de cause à

effet est possible et existe même réellement entre la symptomatologie observée et l'existence du fibrome, qui à lui tout seul l'occasionne dans bien des cas.

2° TROUBLES DUS A LA COMPRESSION. — Après les troubles de la menstruation peuvent survenir les troubles de compression. Ceux-ci, il est vrai, apparaissent quelquefois en première ligne, se montrent même prédominants sur les autres symptômes, mais traduisent souvent un état plus avancé, un accroissement plus considérable de la tumeur.

Les phénomènes dus à la compression proviennent de ce qu'elle s'exerce sur les nerfs, soit sur les vaisseaux, soit sur les viscères.

a) *Compression des nerfs. Douleurs.* — Les douleurs sont un symptôme fréquent. A la phase initiale d'évolution du fibrome, elles sont dues probablement à l'irritation de la séreuse péritonéale. A la période d'état, elle change souvent d'allure, et la compression directe des plexus par le fait de l'augmentation du volume du néoplasme peut alors être mise en cause. On a affaire à de véritables névralgies.

Plusieurs cas peuvent se présenter. D'abord il faut signaler qu'il existe des cas de fibromes de l'ovaire qui ne s'accompagnent d'aucune douleur.

En rassemblant les notions qu'on peut extraire des fibromes ovariens où la douleur a été nettement observée, on s'aperçoit facilement que rien n'est plus variable que les manifestations algésiques, soit comme intensité, soit comme durée, soit comme date d'apparition.

Il est des cas où le début de la tumeur marqué par des douleurs est suivi d'une évolution indolente ou à peu près. D'autres fois, la tumeur ovarienne s'est manifestée déjà par d'autres symptômes, en particulier l'accroissement du volume du ventre, l'apparition de la tumeur, les troubles menstruels. Les douleurs ne sont survenues que plus tard : au courant, vers le milieu ou la fin de l'évolution (fin de l'évolution correspondant souvent ici au terme posé par l'opération). Enfin dans d'autres cas, les douleurs constituent le seul symptôme

ou un symptôme simultané des autres, présent durant toute l'évolution de la tumeur. Les caractères de la douleur sont extrêmement variables. Dans la plupart des cas, ce sont des douleurs vagues, sourdes, consistant en une simple gêne, en une sensation de tiraillement ou de pesanteur dans le bas-ventre; mais elles peuvent aussi revêtir une très grande acuité, être excessives, lancinantes, atroces, intolérables, affectant franchement le caractère névralgique; par leur intensité elles rendent la marche pénible, troublent le sommeil, arrachent des cris aux patientes.

Constantes avec des exacerbations, dans quelques cas, les douleurs sont, d'autres fois, fugaces, intermittentes, et se produisent sous forme de véritables crises, de durée plus ou moins longue. Une malade de Picqué fut prise subitement de coliques comme pour accoucher qui persistèrent pendant dix jours. Poussées douloureuses ou exacerbations sont souvent en rapport avec la menstruation, une fatigue, des efforts, un déplacement de la femme déterminant la mobilisation de la tumeur.

Le siège principal des douleurs correspond d'ordinaire au siège du néoplasme. C'est pourquoi on les trouve surtout au niveau de la fosse iliaque, du côté correspondant à l'ovaire intéressé, ou encore dans l'hypogastre. Mais elles peuvent s'étendre à tout l'abdomen et irradier le long des filets nerveux, dans les lombes, le périnée, les membres inférieurs.

La douleur qui accompagne les fibromes ovariens paraît tenir à des causes multiples : la compression des nerfs, la coexistence des lésions annexielles ou utérines, la présence d'adhérences, des tiraillements exercés par une tumeur lourde et très mobile sur le grand épiploon et, par son intermédiaire, sur les viscères épigastriques; l'enclavement du fibrome dans le petit bassin, une poussée de pelvi-péritonite, la torsion du pédicule, peuvent être invoqués, suivant les cas. En dehors de ces circonstances, on peut se demander si le développement de la tumeur est à lui seul capable de provoquer ces douleurs. A cela, Picqué répond : « Il est

bien difficile de dire s'il existe réellement un rapport de cause à effet entre l'évolution de la tumeur et les douleurs, car ces phénomènes douloureux se sont surtout produits chez une malade au début de l'évolution, et non pas sous l'influence du développement progressif de la tumeur. »

Comment expliquer alors, dans certains cas, les souffrances atroces apparues pendant l'évolution du fibrome, même s'il n'est pas très irrégulier en surface et sans lésions utérines, annexielles ou péri-annexielles concomitantes? Comment expliquer ce fibrome si douloureux à la pression? Dans un cas relaté par Rendu dans le *Lyon médical* (1886), « la malade étant endormie, dès que l'index eut atteint la tumeur, la malade avait tressailli et poussé des cris perçants. On aurait eu affaire à un névrome que la douleur n'eût pas été plus vive ».

Aussi admettons-nous plus volontiers la conclusion de Dartigues que « si la douleur peut ne pas apparaître, même dans les cas de grosses tumeurs irrégulières et compliquées plus ou moins, il n'en est pas moins vrai que le développement de la tumeur est par lui seul capable de déterminer la douleur ».

b) *Compression des vaisseaux.* — Elle se traduit par l'œdème des membres inférieurs, l'œdème des parois abdominales, l'apparition de veinosités sur ces parois. La coexistence de ces troubles de la circulation avec une ascite plus ou moins considérable est notée dans toutes les observations. On les observe notamment dans ces cas où le fibrome de l'ovaire revêt une allure clinique maligne, et il n'y a pas nécessairement une relation entre le volume de la tumeur et les troubles circulatoires. Il est à noter également que l'on ne voit jamais la phlébite mentionnée, même dans les cas où les malades étaient parvenues à la cachexie.

c) *Compression viscérale.* — D'une façon générale, les compressions viscérales sont plutôt rares, car les fibromes de l'ovaire sont assez fréquemment mobiles et autant, si ce

n'est plus souvent, en situation abdominale qu'en situation pelvienne.

Du côté de l'intestin et du rectum, la compression se manifeste surtout par une constipation plus ou moins opiniâtre. Il est très rare de trouver des phénomènes d'occlusion aiguë et même chronique. Cependant, il est facile de concevoir que, si la tumeur venait à s'enclaver dans le petit bassin ou si elle y envoyait des prolongements, des phénomènes d'occlusion pourraient survenir. La présence d'une ascite, quelquefois considérable, peut amener des troubles intestinaux.

Donc, pas de phénomènes d'occlusion, mais parfois constipation opiniâtre; et nous savons de quelle valeur est ce dernier symptôme chez la femme, c'est-à-dire souvent nulle. Et il est permis de penser que, vu les lésions trouvées au cours des laparotomies, en particulier la fréquence des adhérences à l'épiploon, quelquefois à l'intestin et aux parties avoisinantes, il doit y avoir obstacle à la libre fonction péristaltique du tube intestinal, d'où son atonie.

Du côté de la vessie, la compression par un fibrome de l'ovaire est peut-être plus fréquente. Les troubles de la miction consistent en difficulté de l'émission des urines, ou douleurs, et surtout en besoins fréquents d'uriner. Ils s'observent d'ordinaire alors que la tumeur évolue depuis un certain temps; cependant, Picqué rapporte un cas où les troubles vésicaux marquent le début de l'infection.

Quant à la compression des uretères, avec la série des complications qu'elle entraîne (néphrite ascendante, hydronéphrose, phénomènes urémiques), nous ne la voyons jamais relatée.

Aussi bien, les compressions viscérales sont-elles peu fréquentes, et cela est probablement dû, comme l'a fort bien noté Bourgoïn, à ce que, « moins retenus dans l'excavation pelvienne que les mêmes formations de l'utérus ou des ligaments larges, les fibromes ovariens auront moins de chance

de s'enclaver, et les phénomènes de compression seront moins absolus et moins définitifs ».

Nous signalerons en terminant les troubles dyspnéiques qui peuvent résulter de la distension énorme du ventre par l'ascite et devenir assez inquiétants pour nécessiter une ponction.

B. — SIGNES GÉNÉRAUX.

Les troubles de l'état général s'observent moins communément qu'avec les autres tumeurs solides de l'ovaire, tels le sarcome ou le cancer. Dans nombre de cas, l'évolution du fibrome s'effectue sans altération de la santé, alors même que la tumeur a acquis un volume déjà considérable et qu'il existe une ascite abondante.

Mais il nous semble exagéré de dire avec Dartigues que la conservation d'un état général satisfaisant est une des caractéristiques du fibrome de l'ovaire. Au cas de tumeurs malignes de l'ovaire, l'atteinte de l'état général peut être tardive, et l'on peut voir, notamment, des sarcomes évoluer assez longtemps sans symptômes inquiétants, tout comme des fibromes. D'autre part, certains fibromes de l'ovaire revêtent une allure clinique maligne, c'est-à-dire qu'à un moment donné de leur évolution ils s'accompagnent, en dehors des œdèmes et d'une augmentation brusque de l'ascite, des phénomènes qui caractérisent la cachexie : amaigrissement rapide, facies grippé, anorexie, troubles de la digestion, dyspnée, perte des forces.

Ces manifestations de l'atteinte subie par l'état général au cours de l'évolution de certains fibromes ovariens méritent donc de prendre, à juste titre, la place qui leur revient dans la symptomatologie de ces tumeurs.

C. — SIGNES PHYSIQUES.

L'examen physique devra recueillir successivement les notions fournies par la vue, la palpation, la percussion, le tou-

cher bimanuel surtout, corroboré parfois par le toucher rectal, et enfin par l'hystérométrie. Si l'ascite vient à masquer les caractères de la tumeur, la paracentèse abdominale pourra être de grande utilité.

1° *Inspection*. — Ce n'est que dans les cas où la tumeur a acquis un certain volume et où, d'autre part, elle s'est développée vers l'abdomen, ou bien quand il existe une ascite un peu considérable que l'inspection fournit des renseignements.

Dans ces conditions, elle permet d'apprécier l'augmentation de volume ainsi que la forme du ventre. Mais il faut être averti que l'augmentation du volume de l'abdomen n'est pas toujours en rapport avec celui de la tumeur, pour la bonne raison qu'elle dépend non seulement de son volume, mais aussi de la situation de la tumeur dans la cavité abdominale et aussi de la présence ou de l'absence de l'ascite.

Lorsqu'il existe de l'ascite, l'abdomen est uniformément développé. Lorsque celle-ci fait défaut ou est peu abondante, l'ampliation de l'abdomen, produite par la seule tumeur, n'est plus aussi régulière; dans la région occupée par le fibrome, l'œil perçoit un soulèvement plus ou moins prononcé, pouvant se déplacer quand la femme change de position ou sous l'influence des mouvements respiratoires.

Dans les cas de tumeurs volumineuses et d'ascite abondante, on note encore par l'inspection l'œdème et la tension de la paroi abdominale, la dilatation de ses veines superficielles, la diminution de la dépression ombilicale, parfois complètement déplissée, et enfin l'œdème des membres.

En résumé, la simple inspection ne donne pas de renseignements bien précieux pour le diagnostic.

2° *Palpation*. — En général, la palpation n'occasionne au niveau du fibrome aucune douleur, mais il n'en va pas toujours ainsi et, dans quelques cas, la pression des mains fournit des sensations fort pénibles. Cette douleur à la pression serait due, pour quelques auteurs, à la présence d'adhérences ou de lésions concomitantes. Cette opinion est sujette

à révision. Dans certains faits bien observés, la douleur existait en l'absence de tout autre état pathologique susceptible de l'expliquer, ce qui conduit à penser que le fibrome est douloureux par lui-même; ceci ne nous surprend pas outre mesure, car la présence de fibres nerveuses au milieu du tissu fibreux a été signalée par Ranvier.

Pratiquée seule, la palpation permet, au cas où le fibrome est volumineux et à développement abdominal, d'en apprécier les dimensions, la forme, la consistance, la manière d'être de la surface extérieure. Quand la tumeur est de médiocres dimensions, mais mobile, on peut lui faire quitter le petit bassin en plaçant la femme dans l'attitude genu-pectorale et rendre encore plus fructueuse l'exploration par le palper.

La palpation superficielle et la percussion renseignent sur la présence ou l'absence de l'ascite. Etudions la fréquence de l'ascite en tant que symptôme de fibrome de l'ovaire.

Dans le traité de Pozzi, on lit : « C'est l'ascite qui attire généralement l'attention tout d'abord... Lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue ou n'être découverte que par hasard. »

Forgue et Massabuau, dans le *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, disent que l'ascite est un des symptômes les plus fréquents des fibromes de l'ovaire. Elle serait à peu près constante dans les fibromes anciens. Ils signalent ce fait curieux de l'absence d'ascite, généralement, dans les fibromes utérins, qui sont pourtant de même constitution anatomique. Lallemand a soutenu dans sa thèse que l'ascite est constante dans les fibromes de l'ovaire.

L'ascite serait donc, pour ces auteurs, un symptôme prédominant des tumeurs fibreuses de l'ovaire, symptôme devant donner l'éveil au chirurgien et le mettre sur la voie du diagnostic.

Au contraire, pour d'autres auteurs, en particulier pour Picqué et Cornil, l'absence de l'ascite est un symptôme des fibromes ovariens, et sa présence un indice de dégénérescence sarcomateuse.

En face de ces deux thèses opposées et après avoir examiné un certain nombre d'observations, nous croyons pouvoir admettre que l'ascite, sans être constante, comme l'a prétendu Lallemand, est un symptôme fréquent des fibromes de l'ovaire non dégénérés. Etant donné que l'ascite joue un rôle important dans la symptomatologie des fibromes ovariens, nous croyons bon de dire un mot de sa pathogénie.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la production de l'ascite, et si chacune d'elles est susceptible d'expliquer certains faits, elle est tout à fait insuffisante vis-à-vis des autres.

Quenu explique la production de l'ascite quand il existe des végétations à la surface de la tumeur par la sécrétion colloïde de ces végétations, qui entraîneraient une osmose continue. Cette théorie, excellente pour les tumeurs papillaires, ne peut s'appliquer aux fibromes.

D'après une autre théorie, l'ascite serait due à l'obstacle mécanique apporté à la circulation veineuse amenant une congestion chronique du côté du péritoine, d'où transsudation séreuse. Cette théorie peut s'appliquer aux fibromes ovariens de gros volume, mais ne peut être admise pour expliquer l'ascite dans les tumeurs de petit volume.

Ziembicki, puis Dubard, ont invoqué la théorie de l'irritation mécanique du péritoine. D'après eux, toutes les fois que la tumeur est petite, bosselée, mobile, capable d'irriter la séreuse péritonéale par ses mouvements, il y a production d'ascite. Lorsque la tumeur est volumineuse et si, de plus, elle est lisse et immobile, le péritoine n'est plus irrité et il ne se produit aucun épanchement. L'ascite n'est donc point fonction de la constitution histologique de la tumeur de l'ovaire, mais elle est l'expression de sa mobilité et de l'irritation péritonéale qu'elle provoque.

Pour être plus complet, nous rappellerons pour mémoire la théorie de Nicaise, qui attribue la production de l'ascite à la compression des uretères (ce qui amène de l'hydronéphrose, et non de l'ascite), et celle de Valdeyer, pour qui la

liquide péritonéal serait sécrété par des cellules mucigènes que l'on trouverait sur l'ovaire.

Avant de terminer cette question de l'ascite, il est bon de remarquer qu'un épanchement trop abondant peut gêner la palpation et qu'il faut parfois évacuer le liquide péritonéal par une ponction pour arriver à sentir le fibrome à travers la paroi abdominale rendue flasque.

3° *Percussion*. — La percussion ne donne pas, en général, des indications bien importantes, mais elle sert cependant à déterminer la présence de l'ascite, le volume et l'étendue de la tumeur, la situation des anses intestinales.

Elle permet de constater une matité absolue dans toute l'étendue de la portion abdominale de la tumeur et de la sonorité au-dessus de la tumeur sur le côté opposé, et en arrière d'elle dans le flanc correspondant. L'étendue et le siège de cette matité ne se modifient guère par les diverses positions données à la malade. Lorsque l'ascite existe, elle se reconnaît à ses signes ordinaires : ventre distendu, étalé, sillonné parfois d'arborisations veineuses; matité des flancs, le centre de l'abdomen restant sonore; la matité se déplace facilement par les changements de position de la malade; enfin, par la percussion brusque en choc, on a la sensation de flot.

Souvent, dans ces cas, la percussion peut donner la sensation du ballottement abdominal, absolument comme un fœtus qui se déplace dans un hydramnios, ou un bloc de glace qui, enfoncé dans un liquide, remonte peu à peu à la surface.

4° *Toucher vaginal*. — C'est surtout par le toucher vaginal combiné au palper que, hormis les cas rares de tumeurs exclusivement abdominales, l'on reconnaîtra la plupart des caractères qui appartiennent aux fibromes de l'ovaire. Quand la tumeur est à ses débuts, et de petit volume, seul le toucher bimanuel peut conduire à sa découverte.

Tout d'abord, et c'est la chose essentielle, il faut se rendre compte de la position de l'utérus; une fois celui-ci bien examiné, on peut alors préciser les caractères de la tumeur, son indépendance, ou les connexions qu'elle garde avec lui.

Le col utérin est normalement situé ou placé plus ou moins bas, mais la plupart du temps il est porté en avant vers le pubis; il peut aussi être repoussé en arrière ou latéralement. Il est de configuration et de consistance variables : dans certains cas, on l'a vu mou comme celui d'un utérus grévde.

Le corps utérin peut être assez volumineux, soit qu'il soit atteint de métrite concomitante, soit qu'il contienne des fibromes dans ces parois. Le plus souvent, il est refoulé en avant comme le col, soit en simple antéversion, soit en antéflexion très marquée. Mais il est parfois impossible de reconnaître le fond de l'utérus au toucher bimanuel, le corps de l'utérus étant englobé au milieu des nombreuses nodosités que présente quelquefois la tumeur, et avec l'une desquelles il peut d'ailleurs être confondu.

C'est par l'exploration bimanuelle qu'on parviendra à établir l'indépendance de l'utérus d'avec la tumeur, ce qui est d'une grande valeur pour le diagnostic. Les mouvements subis par le fibrome ne sont que vaguement transmis à l'utérus ce que traduit l'immobilité du col. A travers le cul-de-sac vaginal, le doigt sentira un sillon de séparation entre l'utérus et le pôle inférieur de la tumeur. D'autre part, avec la main explorant la région hypogastrique, on ira à la recherche du fond de l'utérus, se rappelant, suivant la très juste remarque de Varnier, « que c'est par en haut plutôt que par en bas qu'il faut sentir l'indépendance entre le corps utérin et les tumeurs pelviennes pour affirmer qu'elles sont juxta-utérines ». Mais on peut éprouver de grandes difficultés à établir les connexions de l'utérus avec un fibrome de l'ovaire. Lorsque la tumeur est volumineuse et appuie sur l'utérus, lorsqu'il existe des adhérences qui les unissent en une sorte de bloc, les mouvements communiqués se transmettent de l'un à l'autre. Pareillement, un sillon de séparation existe dans le cas de fibrome latéral de l'utérus.

Quand on examine les culs-de-sac, le doigt y perçoit en général la tumeur dans son ensemble ou, en tout cas, dans ses prolongements pelviens. Les culs-de-sac sont effacés du côté

où siège le néoplasme lorsque celui-ci descend assez bas ou quand la main placée sur l'abdomen le repousse dans le pelvis, à la rencontre du doigt introduit dans le vagin. Les divers culs-de-sac peuvent être habités par la tumeur, mais il est assez ordinaire que ce soit le Douglas, ce qui explique la situation de l'utérus antéversé ou repoussé vers le pubis. Un des culs-de-sac est ordinairement plus effacé que les autres et laisse explorer une plus grande masse de la tumeur. Il est à présumer alors que le néoplasme a son origine de ce côté.

Dans quelques cas, où le fibrome de l'ovaire est exclusivement abdominal et non abdomino-pelvien, comme on l'observe d'habitude, on ne peut rien percevoir par le toucher.

Sans revenir à nouveau sur les caractères physiques des fibromes de l'ovaire, que nous avons déjà décrits au chapitre de l'anatomie pathologique, nous nous contenterons de rappeler ici les principaux. A la main et au doigt qui l'explorent, le fibrome de l'ovaire fournit, dans les cas types, la sensation d'une tumeur très dure, non douloureuse, à surface irrégulièrement bosselée et lobée, flaquant unilatéralement l'utérus.

Nous disons à dessein « dans les cas types », car nous savons déjà par l'anatomie pathologique qu'aucun de ces caractères n'est constant; c'est ainsi qu'au point de vue de la consistance, la tumeur offre parfois une certaine mollesse, et peut même présenter une fluctuation obscure. Au point de vue de la sensibilité, le toucher vaginal peut déterminer une sensation douloureuse au niveau de la tumeur en dehors de toute autre lésion, mais c'est rare. L'irrégularité de la surface et la lobulation opposées par quelques auteurs à l'état lisse du sarcome sont moins fréquentes qu'on semble l'admettre. Au lieu de la mobilité habituelle, on peut trouver un fibrome enclavé dans le petit bassin, soit en totalité, soit par sa base.

Le toucher bimanuel, bien que rarement, a pu permettre de reconnaître l'existence d'un pédicule. Dans un cas rapporté par Dubard, le pédicule fournissait la sensation d'un cordon assez volumineux, situé dans le cul-de-sac latéral

droit, indépendant de l'utérus et suivant très nettement tous les mouvements de la tumeur. Dans un autre cas, on a pu, grâce au toucher bimanuel, diagnostiquer avant l'opération la torsion du pédicule, qui donnait l'impression d'une corde tordue.

Mais tous ces signes fournis par le toucher : situation de l'utérus, effacement d'un ou des culs-de-sac, dureté et indolence de la masse néoplasique, caractères de sa surface extérieure, pédicule probable, sillon de démarcation, mobilité même, n'ont de puissance démonstrative du diagnostic de fibrome de l'ovaire ou, mieux, de tumeur solide de l'ovaire que lorsqu'ils sont réunis tous ou en majorité et surtout lorsque l'on peut constater avec eux le signe capital de l'indépendance réelle de l'utérus et de la tumeur pelvienne, et nous avons vu que là encore peuvent exister des causes d'erreur : adhérences réunissant en un bloc tumeur et utérus, bloc qui reçoit en entier, sans distinction de ses parties composantes, tous les mouvements communiqués, si tant est qu'ils soient possibles.

Il ne faut point négliger de compléter le toucher vaginal par le toucher rectal, qui, lorsque la tumeur est pelvienne ou abdomino-pelvienne, peut servir utilement pour préciser certains rapports.

5° *Hystérométrie*. — Dans les cas difficiles, l'hystérométrie, qui permet d'apprécier les dimensions de la cavité utérine, sera d'un grand secours. Il est évident que si l'on trouve une cavité utérine presque normale, alors qu'on a sous la main une tumeur volumineuse, plutôt latérale, et paraissant être, déjà à la palpation bimanuelle, indépendante et un peu mobile, on pourra avoir quelques raisons de croire que l'utérus ne fait pas partie de cette tumeur et a gardé son autonomie. Inversement, une cavité utérine qui admet une grande longueur de cathéter devra faire penser plutôt à une tumeur utérine; en particulier à un fibrome. Mais il faut tenir compte de faits qui, pour être exceptionnels, n'en sont pas moins possibles : par exemple la coexistence d'un fibrome

de l'utérus avec un fibrome de l'ovaire, ou d'une corne utérine étirée, et permettant à l'hystéromètre de se faufiler dans sa direction au lieu de s'arrêter au fond de l'utérus.

Un autre renseignement fourni par l'hystérométrie, c'est que les mouvements imprimés à la tige de l'hystéromètre ne sont nullement transmis à la masse néoplasique occupant les culs-de-sac vaginaux lorsque celle-ci est indépendante de l'utérus.

Il faut toujours se rappeler, dans l'appréciation de la longueur de la cavité utérine, « qu'une élongation de deux ou trois centimètres peut être produite par l'ascension et la traction de la tumeur ovarienne » (Pozzi).

6° *L'auscultation*. — C'est un mode d'examen qui semble avoir été négligé par la plupart des observateurs, car ils n'en parlent pas.

D'après Castelnau, on pourrait entendre trois sortes de bruits en auscultant la tumeur :

- 1° Un double bruit dû aux battements de l'aorte;
- 2° Un souffle vasculaire ressemblant au souffle utérin et lié probablement à la compression des gros vaisseaux iliaques et hypogastriques;
- 3° Enfin des frottements, quand il existe des adhérences.

On doit être mis en garde contre les renseignements fournis par l'auscultation, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils pourraient conduire. C'est ainsi que Rouffard rapporte un cas où, l'auscultation de la tumeur permettant d'entendre le double bruit dû aux battements de l'aorte, les médecins traitants avaient cru entendre les bruits d'un cœur fœtal et avaient conclu à l'existence d'une grossesse.

CHAPITRE V

EVOLUTION — DUREE — COMPLICATIONS

L'évolution du fibrome de l'ovaire est variable comme durée, et sa terminaison ne peut être exactement appréciée, car dans la plupart des observations l'opération est venue mettre un terme — que l'on pourrait appeler artificiel — au processus néoplasique.

Les fibromes de l'ovaire ont, d'ordinaire, une marche lente. Avant de se manifester par les symptômes que nous venons d'étudier, ils passent par une période au cours de laquelle leur évolution est absolument silencieuse. Cette période de latence, de durée variable, est quelquefois fort longue. Ainsi il arrive que le fibrome de l'ovaire soit chez quelques vieilles femmes une trouvaille d'autopsie.

Il est donc impossible de préciser le moment où la tumeur a commencé, aussi ne peut-on établir qu'approximativement la durée de l'évolution. Et à ce point de vue les premiers cas relatés dans la littérature médicale, ceux de Cailliot, Baron, Spiegelberg, sont intéressants à examiner, puisque nulle intervention ne vint interrompre leur évolution; sinon entre le début exact, du moins entre la première manifestation de la tumeur et la mort de la malade, le temps écoulé a été respectivement de dix-sept ans, de dix ans et de cinq ans. L'intervalle écoulé entre le début apparent du fibrome (douleurs, hémorragies, aménorrhée, augmentation de volume du ventre ou constatation accidentelle de la tumeur) et l'opération témoignent encore de la longue durée de l'évolution. Cette durée a pu varier, dans certains cas, de cinq mois jusqu'à vingt ans.

Mais les fibromes de l'ovaire n'ont pas toujours cette longue durée évolutive au cours de laquelle la tumeur augmente lentement de volume en ne donnant lieu qu'à des phénomènes de médiocre importance. Dans quelques cas, moins rares qu'on pourrait le croire, eu égard à la nature histologique de la tumeur, on voit les fibromes revêtir une allure clinique maligne : à un moment donné de leur évolution, en dehors de toute complication locale, sans qu'il y ait eu transformation sarcomateuse ou torsion du pédicule, on voit s'installer la cachexie. L'état général s'altère (amaigrissement, perte des forces et de l'appétit). Les hémorragies peuvent devenir profuses et anémiantes, les douleurs atroces et intolérables. L'ascite peut se reproduire, malgré des ponctions répétées, et provoquer une dyspnée pénible. Le ventre devient énorme, avec quelques arborisations veineuses. L'œdème apparaît à l'hypogastre et aux membres inférieurs. On peut voir survenir des épanchements pleuraux. Mais des troubles viscéraux par compression se sont accusés d'une façon plus grande, et si l'opération ne vient pas mettre un terme à toutes ces complications, que l'on est habitué à rencontrer surtout dans les tumeurs malignes de l'abdomen, la mort ne tarde pas à survenir. Demons et Bégouin surtout ont attiré l'attention sur ces faits, dont Codet-Boisse a pu réunir dans sa thèse plusieurs exemples indiscutables.

La ménopause semble sans action sur la marche des fibromes de l'ovaire. Nous n'avons pas trouvé, en tout cas, d'observations démontrant qu'elle fût susceptible d'amener la régression de la tumeur, ou tout au moins d'en arrêter le développement, comme cela s'observe, moins souvent cependant qu'on ne le croyait autrefois, dans les fibromes de l'utérus. Par contre, nous avons vu, à propos de l'étiologie, que le fibrome de l'ovaire pouvait se développer après la cessation des règles. Ledoux⁽¹⁾ rapporte un cas relatif à une femme ménopausique depuis un an et dont la tumeur, un

(1) *Journal des connaissances médicales*, 1900, n° 40.

fibrome pur datant de dix-huit mois, avait été jusque-là bien supportée. L'état général s'aggrava brusquement dans l'espace de six semaines, au point que l'opération devint nécessaire. Dans un cas de Picqué rapporté dans la thèse de Bourgoin, ce fut également après la cessation des règles que le fibrome prit un développement plus rapide.

La ménopause ne met pas davantage à l'abri des transformations malignes que peuvent subir les fibromes ovariens : témoin le cas, relaté par Alexandrow, de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome de l'ovaire observé chez une femme dont la tumeur avait été constatée dix ans auparavant, au moment de la ménopause.

Les cas de fibromes de l'ovaire compliquant la grossesse ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse établir nettement l'influence exercée par cette dernière. D'après Coudert, il faudrait admettre que la grossesse, comme pour les tumeurs fibreuses de l'utérus, donnerait aux fibromes de l'ovaire un coup de fouet qui hâte leur marche. De fait, chez une femme opérée par Spencer Vells au quatrième mois de la grossesse, il y eut, dans le dernier mois qui précéda l'intervention, une augmentation très rapide du volume du ventre et une production abondante d'ascite, si bien qu'on put pratiquer une ponction, qui donna issue à plusieurs litres de liquide.

Par contre, la transformation calcaire exercerait « une action d'arrêt » sur la marche de la tumeur : le fibrome ainsi transformé ne se développe plus et reste stationnaire, sans altérer l'état général. Pokrovsky a opéré une femme pour un fibrome calcifié de l'ovaire dont l'existence avait été reconnue vingt ans auparavant; malgré cette longue durée, la tumeur mesurait seulement 5 centimètres sur 6 et ne pesait que 230 grammes.

L'évolution du fibrome de l'ovaire peut être traversée par un certain nombre d'accidents, parmi lesquels les poussées de péritonite localisée aboutissant à la formation des adhérences occupent, en raison de leur fréquence, le premier rang.

Une complication des fibromes de l'ovaire qui peut être redoutable, c'est la torsion du pédicule de la tumeur. En général, elle ne s'accompagne pas des phénomènes plus ou moins rapidement graves qui se rencontrent habituellement lorsqu'il s'agit de kystes. Ordinairement elle passe inaperçue. Mais elle peut quelquefois prendre une allure inquiétante et elle a pu déterminer la mort dans quelques cas. De toute façon, la pelvi-péritonite qui l'accompagne donne lieu à des adhérences qui, outre qu'elles rendent plus tard l'opération plus difficile et plus dangereuse, peuvent occasionner des accidents graves tels que l'occlusion intestinale.

La complication, à notre avis, la plus importante, est la dégénérescence sarcomateuse, qui se produit assez souvent. La tumeur qui paraissait très torpide dans son évolution peut tout à coup présenter des caractères indiquant la malignité du néoplasme et mettant la vie en danger.

En résumé, le fibrome de l'ovaire n'entraîne pas toujours par lui-même la mort de la malade, qui peut succomber à une infection intercurrente. L'évolution du fibrome ovarien se poursuit d'habitude à travers un état général parfait qui, à la longue, finit par s'altérer. Mais souvent les douleurs atroces, les métrorragies, la reproduction de l'ascite exigeant des ponctions répétées, les complications telles que la torsion du pédicule, la pelvi-péritonite, les adhérences, la dégénérescence sarcomateuse, aggravent la situation, et l'issue peut être fatale à brève échéance, si l'on abandonne la tumeur à elle-même.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du fibrome de l'ovaire présente de grandes difficultés. L'ensemble des symptômes fonctionnels et physiques n'a rien en effet de caractéristique et les notions tirées de la marche même de la tumeur sont également très incertaines.

Aussi, quelques cas mis à part, dans toutes les observations publiées, ce n'est qu'au moment de l'opération ou à l'autopsie que la nature et l'origine exacte de la tumeur ont été nettement déterminées. Tantôt, tout en reconnaissant qu'il s'agissait d'une tumeur solide et souvent même d'un fibrome, on a cru avoir affaire à une tumeur utérine, à un fibrome sous-séreux pédiculé; tantôt, si l'origine ovarique du néoplasme a pu être précisée, l'on s'est trompé sur sa nature. Il est des cas, enfin, où l'erreur a porté à la fois sur la nature et sur l'origine de la tumeur.

Sans vouloir les épuiser toutes, nous réunirons ici quelques-unes des affections avec lesquelles les fibromes de l'ovaire risquent le plus d'être confondus, d'abord au début de leur évolution, puis à la période d'état.

I. — Diagnostic différentiel à la période de début.

La symptomatologie des tumeurs solides malignes de l'ovaire (sarcomes, cancers) au début est en tout point semblable à celle des fibromes de l'ovaire : début par une même phase de latence et, plus tard, mêmes symptômes indécis

et non pathognomoniques. Mais, cependant, ces tumeurs malignes présentent peut-être un caractère beaucoup plus accentué que les fibromes : douleurs plus rebelles, plus précoces, troubles plus grands des fonctions menstruelles, ascite également plus fréquente et plus hâtive.

Et même la symptomatologie de toutes les tumeurs solides de l'ovaire est tellement ondoyante et diverse, tellement vague et occulte que l'on a en réalité très rarement l'occasion de poser ce diagnostic. Si, par des apparitions symptomatiques fugaces ou réitérées, l'attention est attirée du côté de la zone génitale, on pensera à une affection utérine ou annexielle plutôt qu'à une tumeur solide de l'ovaire, et en particulier à un fibrome.

C'est ainsi que l'on confondra les débuts d'un fibrome ovarien avec une métrite hémorragique lorsque l'on se trouvera en présence d'hémorragies plus ou moins répétées s'accompagnant de douleurs hypogastriques irradiées ou non, douleurs survenant surtout au moment des règles. Nous rappelons, d'ailleurs, que la métrite peut être concomitante du fibrome de l'ovaire.

D'autres fois, le symptôme douleur est localisé plus spécialement sur un côté ou sur les deux de la région hypogastrique. L'on pratique le toucher et on pose le diagnostic de gros ovaire scléro-kystique ou encore d'annexite. Au toucher, le gros ovaire scléro-kystique paraîtra cependant, si on examine minutieusement, moins mobile que le fibrome en raison des adhérences fréquentes; sa consistance, résistante en certains points, molle en d'autres, n'est pas uniformément dure et ligneuse comme celle du fibrome; l'exploration détermine des douleurs, alors que la sensibilité à la pression est exceptionnelle dans le fibrome. De même, une trompe ou un ovaire enflammés sont plus ou moins fixés aux organes voisins; on peut les suivre jusqu'au niveau d'une corne utérine, et les douleurs du fibrome sont plutôt spontanées que déterminées par le toucher, comme dans les annexites. »

D'autres fois, l'ascite brusque, abondante, avec aptitude

à récidive après les ponctions, a fait croire à une cirrhose de Laennec. Des troubles de la miction, manifestant les premiers le début d'un fibrome, ont pu faire penser à une cystite.

Mais nous sommes persuadé que si, toutes les fois que l'on se trouve en présence de signes fonctionnels laissant soupçonner le début d'un fibrome de l'ovaire, on procédait à un examen méthodique des organes génitaux, le toucher vaginal minutieux permettrait d'éviter bien des erreurs, en faisant découvrir la petite tumeur dans un des culs-de-sac, souvent manifestement indépendante de l'utérus.

II. — Diagnostic différentiel à la période d'état.

À cette période où la tumeur a acquis un certain volume, la confusion se fait surtout avec les fibromes utérins et les kystes de l'ovaire ou encore bien plus avec les tumeurs malignes solides de l'ovaire.

Pour les fibromes de l'utérus, le diagnostic différentiel est très difficile, sinon impossible, entre un fibrome de l'ovaire et un fibrome utérin sous-péritonéal pédiculé; et, le plus souvent, en raison de la plus grande fréquence des tumeurs fibreuses de l'utérus, on pose le diagnostic de fibrome utérin. Cette erreur est des plus compréhensibles, car les signes fonctionnels et physiques se ressemblent beaucoup. Un fibrome pédiculé de l'utérus peut n'occasionner que des métrorragies insignifiantes et, le plus souvent, n'entraîne aucuns troubles de compression; l'indépendance de la tumeur vis-à-vis de l'utérus peut paraître complète. D'autre part, l'utérus est souvent fibromateux et peut contenir quelques petits fibromes en même temps que l'ovaire présente une tumeur fibreuse.

De même, lorsque le fibrome de l'ovaire enclave l'utérus dans sa masse totale au point de faire bloc avec lui, lorsqu'il plonge dans le petit bassin, il sera aisément pris soit pour un fibrome utérin sessile multi-lobulé, soit pour un fibrome inclus dans le ligament large.

Cependant, si l'on pratique un examen méthodique et détaillé et si l'on tient compte de toutes les particularités de l'évolution de l'affection, il n'est pas impossible d'arriver au diagnostic juste, et bien que, parfois, il soit d'une difficulté extrême, on peut arriver à constituer un faisceau de probabilités en faveur du fibrome ovarien. Ainsi, on observe, le plus souvent, l'absence de métrorragie, la mobilité du néoplasme bien plus appréciable, son indépendance plus complète dans le cas de fibromes de l'ovaire. Enfin, l'hystérométrie constitue un moyen de diagnostic assez fidèle. Indépendamment des dimensions de la cavité utérine, la direction même du cathéter renseignera sur la topographie de l'organe et ses connexions avec la tumeur voisine. On ne devra donc jamais négliger ce mode d'examen, mais il ne faut pas oublier cependant qu'une élongation de 2 ou 3 centimètres peut être produite par l'ascension et la traction d'une tumeur ovarienne ou par une disposition spéciale de la corne utérine. Enfin, l'existence de l'ascite, qui ne se rencontre jamais dans les fibromes utérins, plaide en faveur d'une tumeur ovarienne; de même la constatation de la douleur ovarienne au niveau de la tumeur.

Que le fibrome ait été confondu souvent avec un kyste de l'ovaire, cela n'est pas pour nous surprendre si l'on songe que certaines tumeurs liquides de l'ovaire, à parois épaisses ou surdistendues, ont une consistance très ferme ou, comme les kystes multiloculaires, présentent des bosselures à leur surface, alors que par ailleurs les fibromes de l'ovaire ont parfois des points ramollis et donnent dans quelques cas, à la main qui les explore, la sensation de fluctuation. Les kystes dermoïdes, notamment, peuvent être très difficiles à différencier des fibromes ovariens. Il faut donc parfois une grande attention pour ne pas prendre un kyste de l'ovaire pour un fibrome et réciproquement. On se souviendra que l'ascite fait ordinairement défaut dans les kystes ovariens, de même que les hémorragies et l'allongement de la cavité utérine.

L'existence de l'ascite d'une part, de l'autre la sensation de masse solide fournie par le fibrome, peuvent faire croire à une tumeur végétante de l'ovaire, surtout lorsqu'en même temps l'évolution du fibrome revêt une allure clinique maligne. Mais, dans les cas de tumeur végétante, les masses néoplasiques sont plus disséminées, elles s'étendent à tout le bassin et l'on peut, quand la lésion est ancienne, percevoir en certains points de l'abdomen des irrégularités dues aux greffes sur l'intestin, le péritoine ou l'épiploon; il n'y a pas cette mobilité qui se rencontre d'ordinaire dans les fibromes ovariens, l'utérus est enclavé et fixé, la lésion est bilatérale.

Les fibromes du ligament rond, lorsqu'ils se développent aux dépens de la portion abdominale du ligament, seront difficilement distingués des fibromes ovariens. On a donné comme élément de diagnostic différentiel la situation qu'occupe l'utérus : il est en rétro-position lorsqu'il s'agit d'une tumeur du ligament rond, tandis qu'il est refoulé en avant et en bas lorsqu'il s'agit d'une tumeur ovarienne (Legueu).

On peut quelquefois confondre le fibrome de l'ovaire avec une grossesse. L'absence des règles plus ou moins prolongée ou l'irrégularité des écoulements sanguins, l'augmentation non douloureuse et progressive du ventre, quelquefois des douleurs en coliques, comme expulsives, avec pesanteur et tiraillements lombaires caractéristiques de l'imminence d'un avortement ou d'un accouchement, expliquent cette croyance bien compréhensible de la part des malades porteuses d'une tumeur fibreuse de l'ovaire. Celle du médecin trouve sa raison dans l'ouverture du col utérin, sa mollesse, comme dans un utérus gravide, dans les déplacements imprimés au fibrome, flottant dans le liquide ascitique, qui font songer au ballottement fœtal, et aussi, comme nous l'avons déjà dit pour le cas de Rouffart, dans la perception des battements cardiaques à rythme accéléré de la malade transmis à travers la tumeur jusqu'à l'oreille. Un examen un peu soigneux permettra de redresser aisément semblable erreur : à l'inverse

de ce qui a lieu pour l'utérus gravide, la ligne de matité fournie par l'ascite est concave en haut et les flancs ne présentent aucune sonorité; quelque rapides que soient les bruits recueillis par l'auscultation, leur isochronisme avec le pouls de la femme est parfait; enfin, le ballottement n'a pas lieu comme lorsqu'il s'agit de parties fœtales, à l'intérieur d'un sac contractile alternativement souple et dur.

Dans certains cas, la distinction avec la grossesse extra-utérine est assez délicate : « L'absence menstruelle pendant quelque temps, quelques douleurs expulsives, une perte de sang comme s'il s'agissait de l'expulsion d'une caduque, avec une mollesse constatée du col de l'utérus et l'illusion de fontanelles perçues au niveau de la tumeur dans un des culs-de-sac latéraux du vagin, illusion due à la présence de sillons profonds creusés perpendiculairement les uns aux autres à la surface du néoplasme, explique suffisamment qu'on ait ainsi pu se tromper. » (Dartigues.)

Nous citerons pour être complet la distinction que l'on peut avoir à faire avec toutes les tumeurs qui peuvent être perçues au niveau des culs-de-sac vaginaux, en particulier l'hématocèle, le phlegmon du ligament large, les suppurations pelviennes, la pelvi-péritonite, et « l'on sait toutes les difficultés d'interprétation qui peuvent se trouver réunies, surtout lorsque la tumeur ovarienne qu'on cherche à reconnaître est elle-même le point de départ d'accidents inflammatoires anciens ou récents (Segond).

Dans les cas assez nets, pour qu'on ne tombe pas dans l'une ou l'autre des erreurs que nous venons de citer et où l'on aura reconnu qu'on se trouve en présence d'une tumeur solide de l'ovaire, peut-on aller plus loin et préciser si le néoplasme est véritablement un fibrome ou si l'on a affaire à une tumeur maligne telle qu'un sarcome ou un cancer non végétant ? Il nous paraîtrait présomptueux d'être trop affirmatif dans un sens ou dans l'autre.

Sans doute l'indolence de la tumeur, sa dureté ligneuse, son uniforme consistance, sa lobulation, sa grande mobilité,

son évolution avec conservation parfaite de l'état général, l'absence de métastases ganglionnaires ou viscérales, autoriseront à penser à un fibrome de l'ovaire, mais ce ne sera seulement qu'une présomption, une probabilité, et non une certitude. Tous ces caractères, qui sont loin de se trouver toujours aussi nettement réunis, n'appartiennent point en propre au fibrome de l'ovaire; il n'en est pas un que l'on ne puisse rencontrer avec une tumeur maligne, sarcome ou carcinome.

Même l'évolution de la tumeur, que d'aucuns considèrent comme le principal élément de ce diagnostic, n'a point la valeur qu'au premier abord on serait tenté de lui attribuer. Tumeur maligne de l'ovaire n'est pas obligatoirement synonyme de tumeur à marche rapide et altérant de bonne heure l'état général : tel néoplasme malin, comme le sarcome ou même le carcinome, peut évoluer sans symptômes inquiétants pendant plusieurs années avant d'aboutir à une atteinte profonde de l'économie. Inversement, nous avons vu que les fibromes de l'ovaire se comportent parfois dans leur évolution à la manière des tumeurs les plus malignes.

L'examen du sang ne semble pas être d'un grand secours dans ce diagnostic délicat de la nature bénigne ou maligne des tumeurs solides.

En réalité, la détermination rigoureuse de la nature d'une tumeur solide de l'ovaire est loin d'avoir, en pratique, une importance capitale. Si, comme nous le dirons tout à l'heure, tout fibrome de l'ovaire diagnostiqué doit être opéré sans retard, au même titre que le cancer, cette précision du diagnostic devient d'un très contestable intérêt. En somme, ce qu'il y a d'important en clinique et ce dont on devra se contenter dans la grande majorité des cas, c'est de pouvoir dire: tumeur solide de l'ovaire, et de conseiller à temps une intervention chirurgicale.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Si on ne considère que leur étiquette histologique, qui les fait rentrer dans la classe des tumeurs bénignes, les fibromes de l'ovaire semblent comporter un pronostic relativement favorable. Cette idée est, en effet, corroborée par certains cas où la tumeur reste latente pendant toute la durée de la vie et n'influe nullement sur la santé générale, n'occasionnant tout au plus qu'une gêne légère.

Malgré tout, d'autres cas, malheureusement assez nombreux, nous montrent que, pour être moins sévères que celui des autres tumeurs solides de l'ovaire, sarcomes ou carcinomes, le pronostic n'en présente pas moins une certaine gravité.

A la longue, le fibrome de l'ovaire peut acquérir des dimensions considérables; et, alors même qu'elle s'effectue lentement, son évolution finit par amener un dénouement fatal.

Tel fibrome de l'ovaire en apparence inoffensif peut tout à coup revêtir une allure clinique maligne et conduire rapidement à la cachexie. Ce serait même là une éventualité assez fréquente d'après Codet-Boisse, qui, dans sa thèse, sur 39 cas fournissant des détails circonstanciés, en compte 21 où le fibrome eut une allure clinique maligne. A vrai dire, comme l'a fait judicieusement remarquer le Professeur Bégouin, dans son rapport au Congrès de chirurgie de Paris en 1904, ces chiffres, qui tendraient à prouver que les fibromes de l'ovaire évoluent plus souvent suivant le type malin

que suivant le type bénin, s'expliquent par la tendance qu'ont les observateurs à publier surtout les cas qui sortent de l'ordinaire.

Certaines complications, comme les poussées de pelvi-péritonite, la torsion du pédicule, les compressions viscérales, l'inflammation et la suppuration du néoplasme, sont à redouter.

Mais ce qui oblige surtout à une grande réserve dans le pronostic des fibromes de l'ovaire, c'est la possibilité de leur transformation en tumeur maligne. La dégénérescence sarcomateuse n'est pas rare en effet. Et, pour nous, nous admettons fort bien la conclusion de Dartigues, d'après laquelle les fibro-sarcomes de l'ovaire, qui se rencontrent assez fréquemment, ne seraient que des fibromes dégénérés. Ainsi s'expliquerait très bien l'évolution de certains sarcomes à marche d'abord lente pendant une période parfois assez longue, puis tout à coup rapide : la première partie de leur évolution correspondrait à la phase fibreuse, la seconde à la phase sarcomateuse. Le fibrome, pourrait-on dire, fait le lit au sarcome.

Nous avons signalé que la grossesse pouvait déterminer un accroissement plus rapide de la tumeur. A son tour, le fibrome de l'ovaire peut, au moment du travail, être l'occasion d'une dystocie plus ou moins grave. Kleilwachter⁽¹⁾ rapporte un cas où il fallut pratiquer l'opération césarienne sur une femme dont le petit bassin était obstrué en partie par un fibrome ossifié de l'ovaire droit. On pourrait citer plusieurs autres observations où des fibromes de l'ovaire occasionnèrent pendant l'accouchement des troubles assez graves pour nécessiter la césarienne.

En somme, comme on le voit, le pronostic des fibromes de l'ovaire est surtout assombri par la possibilité des complications, dont certaines peuvent être très sérieuses.

(1) *Arch. f. Gynæk.*, 1872.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

On peut aujourd'hui établir comme formule thérapeutique que tout fibrome de l'ovaire diagnostiqué doit être enlevé. Même lorsque la tumeur n'a qu'un petit volume et n'occasionne aucun trouble, l'expectation n'est pas à conseiller.

Pour légitimer l'intervention systématique, il ne suffit pas d'invoquer qu'à l'heure actuelle la technique des opérations abdominales est si bien établie et l'asepsie si rigoureuse qu'elles rendent bénigne l'ablation d'une tumeur fibreuse de l'ovaire. En dehors de la simplicité de l'acte opératoire, il est d'autres raisons qui doivent pousser le chirurgien vers une thérapeutique active.

Cette nécessité opératoire se base d'abord sur ce que la variété histologique du néoplasme et le pronostic que, par suite, elle comporte ne peuvent être prédits d'une façon certaine, même après l'examen clinique le plus scrupuleux. Au commencement, les tumeurs malignes ou bénignes passent nécessairement par les mêmes phases de volume, de forme, de situation, d'accroissement progressif plus ou moins rapide qui les met toutes sur le même pied d'égalité à leur point de départ; et si l'on peut les surprendre quelquefois à leur stade initial, on ne peut prévoir quelle sera leur évolution future. Le diagnostic de fibrome de l'ovaire ne peut être qu'un diagnostic de présomption, et non de certitude. La crainte d'avoir affaire, non à une tumeur bénigne, mais à une tumeur maligne, impose donc l'opération systématique en même temps que hâtive.

D'ailleurs, la nature vraie de la tumeur pourrait-elle être

déterminée que l'intervention se justifierait encore par l'évolution même du fibrome et les accidents qu'il est susceptible d'entraîner. Que gagne-t-on, en effet, à attendre, sinon le risque de voir dans un avenir plus ou moins lointain la tumeur augmenter de volume, des adhérences se produire, l'état général devenir défectueux, la dégénérescence maligne s'emparer du néoplasme, en un mot se constituer les conditions qui rendent l'opération plus difficile et ses résultats beaucoup plus aléatoires?

Cette règle de l'intervention ne comporte guère d'exceptions.

L'âge de la malade ne fournit pas de contre-indication, puisque, d'une part, des succès ont été obtenus aussi bien chez de très jeunes sujets, comme le prouve le cas de Bianchi relatif à une fillette de 8 ans, que chez des femmes très âgées, témoin l'observation que nous avons recueillie dans le service du Professeur Guyot, et qui concerne une femme de 77 ans, et que, d'autre part, la tumeur peut s'accroître et subir la dégénérescence sarcomateuse chez les femmes âgées, aussi bien que chez les femmes en pleine activité génitale. Nous avons vu qu'il ne faut point compter sur l'action de la ménopause pour déterminer l'arrêt de développement du fibrome ni pour empêcher sa transformation en tumeur maligne.

La grossesse, non seulement ne doit pas retarder l'action chirurgicale, mais encore elle rend son indication plus pressante: outre que le fibrome reçoit d'elle une impulsion fâcheuse, sa présence au moment de l'accouchement peut être cause de dystocie. L'ablation d'un fibrome de l'ovaire a été pratiquée nombre de fois avec succès au cours de la grossesse. N'est-ce pas d'ailleurs la conduite adoptée vis-à-vis des kystes de l'ovaire dans les mêmes conditions?

L'état cachectique avancé n'est pas non plus une contre-indication à l'intervention. Si, lorsqu'il accompagne une tumeur maligne, il doit faire craindre une aggravation, il n'en est pas de même dans les fibromes. Grâce à l'intervention, les

malades recouvrent très rapidement une santé parfaite, qui se maintient par la suite, alors que si on ne les opère pas la mort survient en peu de temps. Loin donc d'être une cause d'abstention, l'état général mauvais constitue une indication de l'intervention sans retard.

Pour ce qui est de l'opération elle-même, elle consiste dans la simple ablation du fibrome, mais par voies diverses. Dans quelques cas de fibromes de petit volume, la voie vaginale a été employée, pour éviter une cicatrice abdominale.

En général, le chirurgien a recours à la laparotomie. C'est la voie formellement indiquée lorsque la tumeur est volumineuse et se trouve haut située dans la cavité abdominale.

Sauf dans les cas où existent des adhérences étroites avec les organes voisins et où la tumeur est plus ou moins incluse dans le ligament large, l'ablation d'un fibrome de l'ovaire par la voie abdominale constitue une opération extrêmement simple : le pédicule se lie à la façon de celui d'un kyste de l'ovaire; seule, en raison de la non-réductibilité de la tumeur, l'étendue à donner à l'incision de l'abdomen se trouve plus considérable. L'ovariotomie sera bilatérale toutes les fois que les annexes du côté opposé à la tumeur seront atteintes d'un néoplasme ou supposées malades. Si l'utérus est lésé, on fera l'hystérectomie. Mais il faut savoir respecter l'ovaire du côté opposé toutes les fois où ce sera possible, car l'on a vu des femmes devenir enceintes et mener leur grossesse à terme après l'ablation de la tumeur, témoin le cas rapporté par le Professeur Bégouin au Congrès de chirurgie de 1904.

En général, les résultats opératoires sont excellents. Le traitement chirurgical des fibromes de l'ovaire améliore considérablement le pronostic, au demeurant un peu sombre, qui s'attache à ces tumeurs si on les abandonne à elles-mêmes. Remises de l'acte opératoire, les malades se rétablissent rapidement, alors même que leur santé générale était gravement compromise, et elles voient disparaître les divers troubles causés par la tumeur.

On ne cite aucun cas de récurrence.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY
et de M. le Docteur ROSSET-BRESSAND.)

Fibrome de l'ovaire coïncidant avec un fibrome de l'utérus.

Mme S..., âgée de 41 ans, est adressée au Professeur Jeanneney par son médecin le 17 avril 1931.

Il y a un an, la malade s'est aperçue de l'existence d'une grosseur dans le bas-ventre, et elle ressent des malaises : douleurs hypogastriques, plus accentuées à droite, léger œdème des membres inférieurs, quelques bourdonnements d'oreille, mais pas de vertiges. Les règles sont régulières, et la malade n'a noté aucune modification de leur quantité. Mme S... est décidée à se faire opérer, parce que cette grosseur la gêne.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père mort d'embolie à 52 ans.

Antécédents collatéraux. — Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 11 ans; depuis lors, les règles ont toujours été régulières, durent trois jours et ne sont pas douloureuses. Dans l'intervalle des règles, la malade a quelques pertes blanches.

Mme S... a eu une grossesse à 23 ans, qui s'est terminée par une fausse couche de 5 mois 1/2; une autre grossesse, à 24 ans, a été normale et s'est terminée par un accouchement normal; les suites de couches ont été également normales.

Examen, le 17 mai 1924 :

Appareil digestif : Bon appétit, légère constipation.

Appareil urinaire : Urine facilement; la malade est obligée de se lever une fois pendant la nuit pour uriner.

Appareil respiratoire : Rien à signaler.

Appareil circulatoire : Léger œdème des membres inférieurs, sensations de doigt mort, fourmillements dans les doigts.

Système nerveux : Céphalée au moment des règles, quelques bouffées de chaleur; la malade est très nerveuse.

Organes génitaux : On note simplement une grosse tumeur bosselée paraissant faire corps avec l'utérus.

Le diagnostic de fibrome utérin est porté.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une légère ascite. L'utérus se présente d'emblée, paraissant fibromateux. Derrière lui, on voit une volumineuse masse dure incluse dans le pelvis et développée aux dépens de l'ovaire gauche. Cette masse, blanchâtre, du volume d'une tête d'adulte, est légèrement bilobée.

On fait une hystérectomie subtotalaire par le procédé américain, en commençant par la section du pédicule ovarien droit. L'utérus libéré, la masse ovarienne s'énuclée avec facilité. On note à sa surface quelques petits kystes.

Suites opératoires normales.

Examen histologique (fait par M. le Professeur Sabrazès) : Il s'agit d'un myome fibroïde. Dans la tumeur, on ne voit pas d'éléments de l'ovaire. Pas d'évolution maligne.

OBSERVATION II (Inédite).

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Fibrome de l'ovaire.

Mme D..., 77 ans, rentre dans le service le 5 juin 1930.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans environ, la malade a constaté l'apparition d'une grosseur dans le ventre. Cette grosseur a évolué insidieusement, en s'accompagnant de sensation de poids

et de tiraillements dans le bas-ventre. Pas de douleurs irradiées.

La malade n'a jamais eu d'hémorragies; seulement quelques pertes blanches, mais jamais de pertes rousses ou noirâtres.

Depuis un an, la malade est atteinte de constipation opiniâtre : elle ne va à la selle que par lavement. Quelques troubles urinaires; pas de dysurie, mais pollakiurie très marquée.

Antécédents. — La malade a eu trois grossesses normales en 1873, 1877, 1883. Ménopausée depuis l'âge de 41 ans.

La malade s'enrhume facilement l'hiver.

Opération (le 13 juin 1930). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un gros fibrome de l'ovaire droit, avec torsion du pédicule et ascite, que l'on n'avait pu déceler cliniquement. La torsion, qui paraît de date récente, présente un tour de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. On fait une ovariectomie rapide : section du pédicule, deux ligatures superposées, enfouissement par une bourse péritonéale. Pas d'attouchement du ventre à l'éther. L'utérus, qui paraît sain, est laissé en place.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort du service le 20 juin 1930.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibromyome de l'ovaire.

OBSERVATION III.

(Communiquée par MM. JEANNENEY et ROSSET-BRESSAND à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux le 24 décembre 1929.)

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu coexistant avec un fibrome de l'utérus.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, adipeuse, présentant des crises douloureuses avec les caractères d'une torsion.

On sentait dans le flanc gauche une masse ronde très mobile et légèrement sensible à la pression.

L'indication opératoire a été posée par les crises de torsion présentées par la malade.

Gros utérus bosselé, du volume d'une tête fœtale à terme.

A la laparotomie, en position de Trendelenburg, le fibrome de

l'ovaire remonte si haut que, son pédicule étant masqué par les anses grêles, il est pris un instant pour une rate malade.

Tumeur oblongue, du volume de deux poings, irrégulière, avec le bord incisuré, rappelant le bord antérieur de la rate.

La couleur est gris rosé, avec quelques placards blanchâtres; la consistance est ferme, scléreuse par place.

La tumeur s'insère sur le mésovaire, qui prend l'allure d'un véritable pédicule, de 3 à 4 centimètres de long. Ce pédicule est tordu et présente trois tours de torsion sur lui-même. La trompe en est nettement distincte.

Suites opératoires. — Normales.

Hystérectomie.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'ovaire avec quelques éléments musculaires lisses.

OBSERVATION IV.

(G. CHAVANNAZ, *Revue de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, 1901.)

Fibrome fasciculé de l'ovaire gauche avec légère torsion du pédicule.
Extirpation. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 53 ans, Hélène F..., qui entre dans le service de clinique chirurgicale en juillet 1900.

L'histoire clinique de la malade est simple : Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle a éprouvé des douleurs assez vives dans le bas-ventre, plus particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs s'irradiaient aux lombes; elles gagnaient aussi le membre inférieur gauche. Quelques jours après le début des accidents douloureux, Hélène F... a constaté dans son ventre la présence d'une tumeur. Cette tumeur aurait très peu grossi depuis cette date.

Réglée pour la première fois à 13 ans, les règles étaient régulières et duraient huit jours. Mariée à 24 ans, la malade a eu deux accouchements normaux; les enfants sont vivants et en bonne santé. La ménopause est arrivée à 41 ans.

Au moment de son entrée à l'hôpital, nous notons les détails suivants : Hélène F... est une femme vigoureuse, chargée d'embonpoint; le teint est coloré; il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs; le ventre est volumineux et la percussion y décèle un certain degré d'ascite.

À la palpation, on rencontre une tumeur dure très mobile. Les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur ne se transmettent pas au col utérin. Quand on appuie de haut en bas sur la tumeur, on sent que le col de l'utérus s'abaisse vers le doigt vaginal.

Le col présente un tout petit polype muqueux. Les culs-de-sac vaginaux sont libres; l'hytéromètre accuse 8 centimètres.

Il n'y a pas de troubles fonctionnels marqués. La malade n'a pas de pertes vaginales. Elle a eu cependant un très léger écoulement sanguin le 25 juin 1900.

Le 5 juillet 1900, nous procédons à l'opération.

Nous recherchons par la palpation abdominale la place de la tumeur : nous ne la rencontrons point. Cette particularité trouve bientôt son explication. Le ventre ouvert, on sent la tumeur en arrière de l'utérus, et non plus au-dessus, ayant pénétré dans l'excavation et dépassant à peine le détroit inférieur. Elle remplit si complètement l'espace libre de l'excavation que le doigt ne peut glisser entre la colonne vertébrale et elle pour l'amener au dehors. Ayant bien vérifié par la palpation la nature solide de la tumeur, nous enfonçons dans son épaisseur le tire-bouchon de *Delagenière* et, grâce à des tractions bien dirigées, nous pouvons amener le néoplasme au dehors. Il se présente alors sous la forme d'une masse régulièrement arrondie et du volume d'une très grosse orange. La tumeur est développée aux dépens de l'ovaire gauche; le pédicule, étroit et long de plusieurs centimètres, est légèrement tordu sur lui-même; la trompe est indemne.

La tumeur et la trompe correspondante sont enlevées. Ligature du pédicule au catgut en chaîne.

Les annexes droites, saines, sont laissées en place, le ventre refermé.

Les suites immédiates ont été des plus simples. La guérison est survenue sans aucune réaction.

Nous avons procédé à l'examen microscopique de la tumeur; cet examen a montré qu'il s'agissait d'un fibrome fasciculé.

OBSERVATION V.

(GUILLEMIN, Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy
du 20 févr. 1929.)

Fibrome de l'ovaire.

Mlle T..., 41 ans, m'est adressée pour hernie ombilicale étranglée. Depuis plusieurs années elle était porteuse de cette hernie, mais la réduisait facilement. Le matin elle n'a pu la rentrer. Je la vois douze heures après : ventre très ballonné, téguments au travers desquels on voit une masse intestinale déjà sphacélée; vomissements fécaloïdes.

Intervention immédiate. Une anse grêle s'est engagée à travers un orifice ombilical très étroit; elle présente des plaques de sphacèle; il faut la réséquer avec son coin mésentérique, qui présente déjà des suffusions sanguines. Anastomose termino-terminale au bouton.

Mais on se trouve alors dans l'impossibilité de réintégrer l'anse, car il existe une masse abdominale énorme, occupant tout le cœlome, du détroit supérieur jusqu'au-dessus de l'appendice xyphoïde, qui est à cheval sur elle. Il s'agit d'une masse fibreuse, lisse, sans adhérence, dont le pédicule est dans le bassin.

Peu à peu, péniblement, avec des tracteurs, en s'aidant d'une main introduite dessous, on accouche cette masse fibreuse : c'est un fibrome de l'ovaire gauche. Section du pédicule après ligature. Fermeture de la paroi abdominale en un plan au fil métallique.

Suites normales.

Ce fibrome de l'ovaire pesait 7 kg. 850. Sa nature a été confirmée par l'examen histologique.

OBSERVATION VI.

(Observation publiée par Georges LORY, interne des hôpitaux, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1922.)

Fibrome de l'ovaire.

Il s'agit d'une malade de 40 ans, Mme J..., qui entre à Necker, dans le service du Docteur Brouardel, le 7 juin dernier.

On ne retrouve dans ses antécédents qu'un ictère catarrhal. Elle a eu 5 enfants; à la suite de sa dernière grossesse est apparu un prolapsus utérin, intermittent d'ailleurs, et surtout marqué le soir, après les fatigues de la journée.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, cette malade a vu son abdomen augmenter de volume; puis il a atteint un volume considérable. Nous constatons en effet tous les signes d'une ascite volumineuse et mobile. Aucun signe d'éthylisme n'est révélé : le foie et la rate semblent normaux. Mais à la palpation profonde du petit bassin on sent une masse dure, qui se déplace et donne très nettement la sensation du ballottement. Au toucher vaginal, on constate que cette tumeur est indépendante de l'utérus. Signalons également que, sous l'influence de l'ascite, qui refoule les culs-de-sac vaginaux, le prolapsus que présentait par intermittence la malade est devenu permanent et s'est considérablement accru. A plusieurs reprises, l'utérus est refoulé hors de la vulve. Pensant qu'il s'agit d'un kyste végétant de l'ovaire, nous envoyons la malade dans un service de chirurgie. Là, une paracenthèse est pratiquée, qui donne issue à 7 litres de liquide jaune citrin.

Le lendemain 15 juin, laparotomie par le Docteur Robineau. On évacue une certaine quantité de liquide ascitique et on tombe sur un fibrome de l'ovaire droit du volume de deux gros poings. La tumeur tient par un petit pédicule. La trompe paraît saine. L'autre annexe, ainsi que l'utérus, sont également sains. Ablation de la tumeur et de la trompe droite et, en raison du prolapsus utérin signalé plus haut, hystéropexie par les ligaments ronds.

Suites opératoires normales.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome ovarien pur.

OBSERVATION VII.

(Observation communiquée à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, le 18 décembre 1922, par le Docteur FAGUET, de Périgueux.)

Fibrome de l'ovaire et grossesse.

Mme H..., mariée, 39 ans, receveuse des postes, se présente à ma consultation le 16 novembre 1922, à 20 h. 30.

Antécédents héréditaires. — Père 65 ans atteint de débilité mentale depuis trois mois. Mère 62 ans bonne santé.

Mme H... est l'aînée de 4 enfants. Elle a eu deux sœurs, qui sont mortes : l'une, à 25 jours, du muguet, l'autre, à 3 ans 1/2, de méningite; elle a un frère, actuellement âgé de 15 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Mme H... a été nourrie au sein par sa mère, et ne paraît pas avoir été malade pendant sa première enfance. Elle a eu à 5 ans la rougeole, sans complications, et à 12 ans elle a souffert de douleurs de croissance qui précédèrent, de quelques mois l'apparition des premières règles. La menstruation fut régulière dès son début. Varicelle à 16 ans. De 1910 à 1914, Mme H... a été dame employée des télégraphes à Lille (Nord), et présenta des troubles nerveux mal caractérisés (angoisse, cardialgie, etc.), qui furent attribués au surmenage professionnel.

En 1918, Mme H... a eu la grippe, à forme intestinale.

Elle s'est mariée à l'âge de 38 ans, le 6 mai 1922; elle se trouvait à ce moment-là en bonne santé, et elle affirme qu'elle n'avait rien constaté d'anormal pendant les premiers temps de son mariage, si ce n'est quelques crises de hoquet.

Les règles ont été régulières en juin, juillet et août 1922. Les dernières ont débuté le 30 août 1922 et n'ont été marquées par aucune particularité. Mme H... fait remonter le début des troubles actuels au 15 septembre dernier; à cette époque, elle eut des

vomissements alimentaires assez fréquents et un malaise général dont il ne lui était pas possible de préciser l'origine. Cet état de santé persista, avec des périodes d'aggravation et d'amélioration, jusqu'à la fin d'octobre, mais à cette date le retard des règles lui fit penser à la possibilité d'une grossesse. Les symptômes précédemment observés augmentèrent d'une façon constante; les vomissements devinrent plus fréquents (ils se produisent à tous les repas ou à peu près); les urines diminuèrent rapidement de volume et la constipation devint très opiniâtre; l'état général s'altéra bien vite.

Mme H... éprouva le 8 novembre, sans raison, une douleur extrêmement vive dans l'abdomen, côté droit. C'est ce qui la décida à voir un médecin.

Le médecin appelé l'examina et lui conseilla de voir un chirurgien. Mme H... hésita pendant quelques jours à suivre cet avis et ne se décida qu'en présence d'une altération rapide de sa santé générale; elle se rendit à Périgueux le 16 novembre chez M. le Docteur Menaud, qui me demanda de l'examiner d'urgence avec lui dans la soirée.

Etat actuel (16 nov. 1922, à 20 h. 30). — Mme H... est très déprimée; elle accuse une sensation de fatigue extrême, son pouls est rapide et petit : il bat à 90 par minute; ses urines, peu abondantes (250 à 300 cc. par vingt-quatre heures), sont fortement colorées et deviennent boueuses en se refroidissant.

L'inspection montre un développement de l'abdomen surtout prédominant à droite, qui ne cadre pas avec une grossesse de 2 mois à 2 mois 1/2; le volume de l'abdomen est manifestement très exagéré.

La palpation permet de constater dans l'hypocondre droit la présence d'une grosse tumeur arrondie, sans bosselures, de consistance dure mais non ligneuse, peu mobile, non douloureuse à la pression, mais douloureuse à l'occasion des mouvements qu'on essaie de lui imprimer. La palpation révèle aussi dans l'excavation pelvienne, et à gauche, l'existence d'une seconde tumeur, du volume et de la forme d'une grosse orange, de consistance solide, mais plus élastique que la précédente; cette masse, dont on ne

peut explorer que le pôle supérieur, plonge dans l'excavation pelvienne, derrière la symphyse du pubis. Enfin cette seconde tumeur est séparée de la première par une encoche siégeant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal montre que le col de l'utérus est mou et que le corps de la matrice est augmenté de volume, comme dans une grossesse de 2 mois à 2 mois 1/2; il est incliné à gauche. La grosse masse qui occupe tout l'hypocondre droit paraît intimement liée à l'utérus, qui partage ses mouvements quand on la mobilise.

Le toucher rectal ne révèle aucune particularité.

L'auscultation de l'abdomen ne laisse entendre aucun bruit.

Le diagnostic de grossesse probable compliquée de fibrome de l'utérus et de vomissements incoercibles me décide à faire entrer Mme H... à la Clinique Francheville pour la mettre en observation.

Dès le lendemain (17 nov. 1922), Mme H... est mise au repos absolu au lit et, comme tous les aliments solides ou liquides, glacés ou non, sont rejetés, toute alimentation est supprimée : la malade est soutenue par des injections de sérum adrénaliné, d'huile camphrée et des instillations rectales de sérum chirurgical suivant la méthode de Murphy. Sous l'influence de cette thérapeutique, les vomissements diminuent de fréquence, le pouls se ralentit, les urines augmentent de volume. L'alimentation est reprise avec prudence, et les aliments sont tolérés en partie.

Il se produit une amélioration appréciable du 17 au 25 novembre. Mais la quantité des urines, qui s'était élevée à 950 cc., tend à diminuer, et se maintient aux environs de 800 cc.; elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Le pouls redevient fréquent et petit.

25 novembre 1922 : L'état général paraît moins bon que les jours précédents, et Mme H... donne l'impression que l'amélioration obtenue depuis son entrée à la clinique est tout à fait précaire. Dans ces conditions, on procède aux préparatifs opératoires, et l'intervention est fixée au surlendemain matin.

27 novembre 1922 : Opération. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane en position de Franco : A l'ouverture du ventre, on constate que la cavité abdominale est remplie par deux

tumeurs d'inégal volume reliées par un pédicule, gros et tordu sur lui-même; l'une de ces tumeurs, du volume d'une tête d'adulte, de forme régulièrement arrondie, de teinte grisâtre, de consistance uniformément dure mais élastique, occupe tout l'hypocondre droit; l'autre, moins volumineuse, arrondie, mollassse, plongeant dans le bassin, est inclinée de haut en bas, et un peu à gauche de la ligne médiane. L'exploration, faite avec toute la douceur nécessaire, permet de constater que la première de ces tumeurs est un volumineux fibrome de l'ovaire gauche développé dans l'hypocondre droit et que la seconde est constituée par l'utérus gravide; l'un et l'autre sont reliés par un pédicule large, tordu deux fois sur lui-même. En outre, l'utérus a subi lui aussi une torsion sur son axe longitudinal : la corne utérine gauche est presque antérieure et les annexes du côté droit sont situées franchement en arrière.

Il y a un peu de liquide citrin dans la cavité péritonéale.

Section et ligature en chaîne du pédicule, près de la corne utérine gauche. Les annexes droites peuvent alors être explorées facilement, et on constate qu'elles présentent un kyste du volume d'une petite cerise; elles sont respectées. Fermeture sans drainage de la paroi par trois plans de suture. L'examen macroscopique de la tumeur, fait après l'opération, confirme le diagnostic de fibrome de l'ovaire, et une coupe montre au centre une portion en voie de nécrobiose du volume et de la forme d'une mandarine. Suites opératoires normales; pas de choc opératoire, pas de vomissement; réunion par première intention de la plaie opératoire dans toute son étendue.

Mme H... se lève le 20 décembre, et quitte la clinique le 23, munie d'une ceinture abdominale spécialement faite en vue de l'évolution de sa grossesse. Son état général est en tous points satisfaisant.

La grossesse évolua normalement. Début du travail le 4 juin 1923. La dilatation se fait lentement, mais complètement, puis le travail se ralentit et on doit appliquer le forceps sur une tête dans l'excavation.

Suites de couches normales. Mme H... allaite son enfant. Son état général est satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

(Communication de MM. GAMEL et BOURDE à la Société de chirurgie de Marseille, le 28 novembre 1921.)

Fibrome de l'ovaire et grossesse.

La malade dont il s'agit est âgée de 23 ans.

Elle a été réglée à 12 ans, ses règles étant régulières et d'abondance toujours normale.

Première grossesse il y a trois ans, accouchement à terme; l'allaitement a duré treize mois.

Les règles ont réapparu le 8 mai 1921, puis le 8 juin. Puis, à partir du 11 juin, la malade ne voit plus rien, n'attribuant ce symptôme qu'à une simple irrégularité; aucun autre signe de grossesse n'apparaît dans les mois suivants.

Le 20 septembre, la malade remarque la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, indolore, mais la gênant un peu dans les mouvements de flexion du tronc; vers le 30 septembre, elle est prise d'une crise de coliques assez intenses, ayant cette tumeur pour point de départ, accompagnées de gargouillements et suivie, le lendemain, d'une débâcle diarrhéique. Depuis, ce symptôme ne s'est pas reproduit, mais comme elle est en proie à une lassitude de plus en plus marquée, elle se décide à consulter. Elle est vue, le 6 octobre, par le Docteur Gamel, qui, pensant à un syndrome de Koenig ébauché, pose le diagnostic de tumeur cæcale probable. Il s'agit, en effet, d'une masse occupant la partie la plus externe de la fosse iliaque droite, qu'on mobilise jusqu'aux environs de la ligne médiane, mais qui revient aussitôt à sa place primitive dès qu'on la lâche. Le palper combiné au toucher fait sentir un utérus un peu gros; mais aucun signe de grossesse, sauf l'aménorrhée, ne permet encore de poser un diagnostic certain.

La malade est revue le 14 octobre par les Docteurs Piéri et Gamel. La tumeur a conservé ses mêmes caractères. Quant à l'utérus, il remonte alors à mi-distance du pubis à l'ombilic. L'aménor-

rhée persistant, l'idée d'une grossesse semble de plus en plus fondée.

On se trouve donc en présence d'une femme de 23 ans présentant un état général à peine satisfaisant, qui, à côté d'une grossesse de 4 mois $1/2$, normale, est porteuse d'une tumeur de la région cæcale ayant donné lieu, semble-t-il, à un syndrome de Kœnig léger : tumeur mobile rappelant par ses caractères une tuberculose hypertrophique du cæcum.

La menace toujours possible d'une évolution extensible ou de complications graves fait décider l'intervention à un moment où la grossesse risque d'être le moins influencée.

Opération (3 nov.). — Anesthésie au masque d'Ombredanne. Incision de 13 centimètres le long du bord externe du grand droit. On aperçoit aussitôt une masse ovoïde, violacée, complètement indépendante du cæcum, totalement libre d'adhérences et reliée par un pédicule très net à l'utérus : c'est l'ovaire droit hypertrophié rattaché à l'utérus par le ligament utéro-ovarien.

La trompe du même côté est complètement indépendante.

Le pédicule présente une légère torsion, d'un demi-tour environ. L'ablation de la masse se fait facilement.

Suites opératoires. — Parfaites. On pratique pendant deux jours une injection de 1 centigramme de morphine pour prévenir toute menace d'avortement.

La température n'a pas dépassé $37^{\circ}3$.

La grossesse continue à évoluer normalement. Actuellement, l'utérus a dépassé d'un doigt l'ombilic et les mouvements fœtaux sont très nettement perçus par la femme.

L'examen de la pièce montre une tumeur de la dimension d'un poing, ovoïde, de surface très régulière et de coloration vineuse. A la coupe, pas de cavité; tissu fibromateux blanc rosé, formé de tourbillons de faisceaux lisses, séparés les uns des autres par des plages de tissu fibreux de couleur blanc nacré.

OBSERVATION IX.

(Observation publiée par M. Louis ROCHER, interne des Hôpitaux de Bordeaux, dans la *Revue d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux*, 1900.)

Fibrome de l'ovaire et douleurs ovariennes.

Mme B..., 43 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, service du Professeur Demons, le 17 janvier 1900, pour se faire enlever une tumeur abdominale dont la présence l'inquiète et en même temps se faire opérer d'une hernie crurale droite et d'une descente de matrice qui date d'une vingtaine d'années. Elle est cultivatrice, travaille la terre, fatigue et fait des efforts nombreux. Elle est gênée par ces trois affections, qui l'incommodent, la font souffrir et l'empêchent de travailler.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une excellente santé dans sa jeunesse. Réglée à 13 ans, elle a vu toujours venir ses règles chaque mois, normales comme abondance et comme durée. A 15 ans, pleurésie droite, qui guérit assez rapidement.

Mariée à 17 ans. A 19 ans, accouchement avant terme d'un enfant mort-né. A 20 ans, accouchement normal. A 25 ans, troisième accouchement; pendant cette grossesse, elle eut le ventre très volumineux : accouchement normal, mais suites de couches défavorables (infection puerpérale et pendant quinze jours pertes de sang). Au bout de trois semaines, elle quitta le lit; c'est depuis lors qu'elle souffre du ventre, c'est à cette époque qu'aurait apparu sa descente de matrice. Celle-ci n'a fait qu'augmenter de jour en jour vu les travaux pénibles auxquels la malade s'adonnait toute la journée. Vers l'âge de 30 ans, à l'occasion d'un effort violent, suivi de coliques très vives dans le bas-ventre, elle voit se développer une hernie crurale droite; celle-ci ne serait jamais rentrée dans l'abdomen depuis le jour de son apparition.

Il y a douze ans, elle a, pendant six mois, des ménorragies

abondantes, qui durent environ quinze jours; un traitement approprié les fait cesser. Les règles redeviennent régulières, mais diminuent d'abondance.

Depuis deux ans ont apparu dans l'hypogastre quelques douleurs vagues qui se manifestent surtout et s'exagèrent dans la marche et pendant les efforts.

Il y a un an, apparaît dans le côté droit du bas-ventre une tumeur qui augmente progressivement de volume. Pas de troubles de la menstruation. La malade dit avoir un peu maigri, perdu son appétit depuis quelques temps.

Etat actuel (20 janv. 1900). — Mme B... est un peu amaigrie; elle a un assez bon état général; n'a pas de facies cachectique.

Notre attention est attirée en premier lieu du côté de son abdomen; nous ne notons rien de particulier; paroi flasque, nombreuses vergetures; pas de saillie abdominale. Dans la région sous-ombilicale, au-dessous de la paroi, n'y adhérant nullement, le palper décèle une tumeur d'une dureté ligueuse, à surface lisse, douloureuse même lorsque la palpation est légère; *cette douleur est caractérisée par une sensation pénible toute particulière, avec irradiation à l'épigastre et dans le côté gauche du ventre*; elle apparaît quelquefois spontanément, elle s'accuse uniformément en tout point de la surface de la tumeur. Celle-ci, que nous délimitons assez bien à travers la paroi, s'étend du bord externe du grand droit gauche jusqu'à la paroi droite de l'excavation pelvienne, remontant un peu dans la fosse iliaque. Elle est de forme ovoïde; ses dimensions apparentes sont 8 centimètres sur 10 centimètres. Les anses intestinales sont mobiles sur la tumeur, on peut lui imprimer de légers mouvements dans les axes transversal et vertical : si on les exagère, ceux-ci entraînent de la douleur, comme du reste les mouvements communiqués par la marche. Pas de frottements péritonéaux.

À travers la vulve entr'ouverte, on voit se déplier, surtout pendant l'effort, la paroi supérieure du vagin; il y a du cystocèle.

Le col de l'utérus, aplati, diminué de hauteur, présente sa consistance normale; il est reporté à droite, derrière la symphyse pubienne. L'orifice externe du col est arrondi, légèrement

entr'ouvert. L'utérus est en latéro-version gauche; il a subi sur son grand axe un mouvement de torsion qui porte sa face antérieure, à gauche, derrière la branche horizontale du pubis. Le cul-de-sac antérieur est libre; dans la gauche, on sent l'utérus; dans le cul-de-sac postérieur, on sent les annexes du côté gauche; il ne semble y avoir aucune lésion, pas d'augmentation de volume. Dans le cul-de-sac latéral droit, on tombe sur le pôle inférieur de la tumeur.

Au moyen du palper bimanuel, nous reconnaissons les caractères déjà constatés : dureté, douleurs spéciales, mobilité en tous sens. Les mouvements transversaux se communiquent à l'utérus; les mouvements verticaux ne se transmettent presque pas. Il existe une délimitation très nette entre le bord droit de l'utérus et la tumeur; celle-ci glisse sur le vagin et l'utérus. Enfin, le double palper permet d'apprécier le volume de la tumeur, qui est celui d'une tête de petit enfant, sa consistance ferme, uniforme en tout point, et sa forme ovoïde : la grosse extrémité dirigée vers le grand bassin, l'autre descendant un peu dans l'espace recto-utérin. L'utérus n'est pas augmenté de volume.

Par l'examen au spéculum, on trouve un col un peu gros congestionné au niveau de son orifice, d'où s'écoule du mucus.

L'hystéromètre n'a pu être enfoncé à plus de 3 centimètres. Toucher rectal : rien de particulier.

Tous les appareils (cardiaques, respiratoires, rénaux) sont sains.

Ni sucre ni albumine dans les urines. Pas de troubles prononcés de la miction, sauf des envies plus fréquentes d'uriner lorsque la malade se tient debout.

Du côté de l'appareil digestif : dilatation légère de l'estomac, constipation habituelle.

Opération (31 janv. 1900). — La malade étant mise en Trendelenburg, après antiseptie du champ opératoire, M. le Professeur Demons pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'abdomen ouvert, au moyen de tire-bouchon on extirpe la tumeur du ventre et on détache l'appendice accolé à sa face postérieure. Celui-ci, très légèrement congestionné, passant en sautoir sur la face postérieure de la tumeur, y adhère au moyen de son méso-appendicé, qui prend sur elle une longue insertion; l'appen-

dice, démesurément allongé, a 15 centimètres. En soulevant la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est un peu incluse dans le ligament large. Faisant travailler l'ongle et le bistouri, on tombe facilement sur son pédicule : on pince les vaisseaux; quant à la trompe, elle est légèrement dilatée, appliquée sur le côté gauche; on l'enlève en plaçant une ligature sur elle, près de la corne utérine. Le péritoine ne présente en aucun point de trace d'inflammation. Pas d'adhérences intestinales.

Cure radicale de la hernie. On termine par l'hystéropexie, au moyen de deux points à la soie.

Ces trois temps de l'opération durent vingt-cinq minutes. Suture de la paroi abdominale, tamponnement du vagin à la gaze stérilisée.

Les suites opératoires sont excellentes : au troisième jour, un peu d'ictère (urines foncées, teinte subictérique des conjonctives, foie un peu douloureux, mais sans hypertrophie).

Guérison rapide.

L'examen macroscopique des pièces nous montre qu'il s'agit, comme nous l'avions diagnostiqué, d'une tumeur ovarienne, d'un fibrome. Celui-ci présente une surface lisse, blanche. Aucune trace d'inflammation; on remarque de très fines veinosités à sa surface. En quelques points, on trouve des plaques jaunâtres, ne faisant aucun relief. Sa forme est celle d'un gros œuf d'autruche, légèrement aplati transversalement; il pèse 750 grammes. A la coupe, le tissu est résistant, ferme, fait très peu hernie; on ne trouve pas de formations kystiques ni de dégénérescence muqueuse. Tout l'ovaire a subi la transformation fibreuse. L'autre ovaire, que nous avons examiné au cours de l'opération, paraissait sain: pas de productions fibreuses; il était tombé dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus était un peu gros. La trompe droite était moyennement dilatée par du liquide citrin.

L'examen microscopique fut pratiqué au laboratoire des cliniques par M. Sabrazès : « Il s'agit d'un fibrome presque pur, avec çà et là quelques éléments myomateux. Il existe des foyers de développement de la tumeur, plus riches en cellules, et quelques éléments myxomateux. »

OBSERVATION X.

(Communication de MM. ESTOR, GRYNFELTT et AIMES à la Société des sciences médicales de Montpellier le 19 novembre 1920.)

Fibromyome de l'ovaire.

La tumeur que nous présentons est intéressante par sa rareté, par son gros volume, par son curieux aspect macroscopique et par son histoire clinique.

Elle a été enlevée par M. Estor, le 12 octobre 1920, chez une femme de 52 ans, mariée, réglée à 11 ans, toujours régulièrement, de bonne santé habituelle. A l'âge de 17 ans, elle a eu un enfant.

Dans les antécédents héréditaires, nous ne notons rien de particulier. Son père est mort subitement à 71 ans, sa mère est morte d'un accident; elle a deux sœurs en bonne santé.

Le début de la maladie actuelle s'est fait brusquement, en juin 1919, par une métrorragie abondante qui a duré sept à huit jours, suivie de nouvelles pertes, quinze jours après; les métrorragies se sont depuis lors reproduites à maintes reprises, mais avec irrégularité, et pendant l'année qui vient de s'écouler, la malade est restée à deux reprises pendant cinquante jours sans hémorragie.

Quand la malade est venue consulter M. Estor, le 5 octobre, elle perdait du sang depuis quinze jours en abondance.

Examen (le 5 octobre). — Embonpoint considérable, surcharge graisseuse de la paroi abdominale. Par le palper et le toucher combinés, on perçoit sur la ligne médiane une tumeur dure paraissant faire corps avec l'utérus. Le col est normal. En tenant compte de l'histoire de la maladie, essentiellement caractérisée par des métrorragies, et des renseignements fournis par l'examen clinique, on porte le diagnostic de fibrome utérin.

Opération (12 oct. 1920). — Anesthésie générale à l'éther. Dès l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une volumineuse tumeur de l'ovaire droit, présentant absolument l'aspect d'un cerveau congestionné, très dure. L'ovaire gauche est normal.

La tumeur, bien pédiculée, est facilement extirpée.

Suites opératoires. — Normales. La malade guérit sans incidents, malgré une azotémie de 0,50 et une constante de 0,105.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée pèse 850 grammes; elle est irrégulièrement sphérique, légèrement aplatie de haut en bas; elle mesure dans son grand diamètre 40 centimètres de circonférence. Elle est parcourue par des brides fibreuses qui la découpent en un certain nombre de lobes. La présence d'élevures qui offrent un trajet sinueux, rappelant assez bien les circonvolutions cérébrales vues à travers les méninges, lui donnent grossièrement l'aspect d'un encéphale; d'autant que sur la pièce examinée de profil un lobe exubérant parcouru de circonvolutions plus fines fait songer au cervelet.

La coupe est homogène et absolument comparable à celle d'un fibromyome utérin.

Examen histologique. — 1° A un faible grossissement, la tumeur est uniquement constituée par des faisceaux de fibres entre-croisés dans tous les sens et coupés sous les angles les plus divers. Par les colorations électives, on constate que ces faisceaux sont constitués surtout par des fibres collagènes auxquelles viennent se mêler, beaucoup moins nombreuses, des fibres musculaires lisses. Celles-ci, au lieu de former des faisceaux compacts, ainsi qu'on le voit dans certains fibromyomes utérins, sont disséminées au sein d'un tissu conjonctif relativement très développé. Aux éléments conjonctifs viennent se mêler des fibres élastiques, colorables par l'orcéine, qui forment des réseaux très délicats dont les travées s'orientent parallèlement aux fibres collagènes.

2° A un fort grossissement, le tissu conjonctif et le tissu musculaire présentent d'intéressants détails de structure :

a) Le tissu conjonctif forme une gangue fibrillaire disséminée dans toute l'étendue de la tumeur. Les fibres collagènes sont, par endroits, entre-croisées dans tous les sens en un feutrage dense. Ailleurs, elles sont nattées en des paquets où elles se groupent parallèlement entre elles dans le même sens que les fibres musculaires lisses.

b) Les fibres musculaires banales dans leur forme et leur noyau

sont intéressantes par la répartition de leurs éléments contractiles au sein du sarcoplasme. Ils se présentent sous forme de colonnettes musculaires, qui apparaissent sur les coupes transversales comme des points espacés, à la périphérie du corps protoplasmique de la fibre, au lieu de former une enveloppe contractile épaisse, ainsi qu'on le voit le plus souvent dans les fibromyomes utérins. Ces fibres lisses représentent donc un élément mésenchymateux différencié dans le sens musculaire, dans lequel cette différenciation est rudimentaire et restée pour ainsi dire à l'état embryonnaire.

Par conséquent, cette tumeur est un fibromyome dans lequel l'élément fibreux l'emporte de beaucoup sur l'élément musculaire, dont la différenciation est restée rudimentaire.

Un point intéressant dans l'histoire de cette tumeur, c'est l'absence d'ascite, malgré l'importance de la masse ovarienne.

OBSERVATION XI.

(Observation publiée par M. Rouvé, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, en juin 1922.)

Fibrome de l'ovaire avec début d'autolyse.

L'opérée qui nous intéresse est une femme de 47 ans qui n'a jamais été sérieusement malade. Elle a été réglée depuis l'âge de 14 ans, toujours régulièrement, toutes les quatre semaines, à l'exception d'une aménorrhée de quatre mois à l'âge de 18 ans. Les époques durent de quatre à cinq jours; pertes moyennes, douloureuses au début. Pendant les deux dernières années il y a eu de nouveau cessation des époques de deux à quatre mois à deux reprises. La dernière période d'aménorrhée a duré de décembre 1921 jusqu'à mars 1922. Les deux dernières époques étaient espacées de deux mois. La dernière date du 1^{er} au 6 mai.

La femme a eu 5 accouchements normaux, avec suites de couches normales, le dernier en 1911. Jamais d'avortement.

Depuis décembre 1921, la femme remarque que son ventre augmente de volume, et en le palpant elle a constaté la présence d'une tumeur. Depuis le mois d'avril 1922, elle ressent des douleurs dans le ventre, plus particulièrement dans la fosse iliaque droite. Les douleurs sont survenues plus vives depuis le 14 mai; c'est à cause d'elles que la malade est venue nous trouver.

Entrée dans le service le 20 mai 1922.

L'état général de la malade est encore satisfaisant; l'examen des viscères ne révèle rien d'anormal; dans les urines, pas d'albumine.

A la palpation de l'abdomen, on constate une grande tumeur émergeant du petit bassin, atteignant presque le rebord costal droit et empiétant sur la ligne médiane. A un examen attentif, on trouve que la tumeur est constituée de deux parties inégales, l'une, la plus grande, venant du bassin, peu mobile, et l'autre, la plus petite, située au-dessus d'elle et à droite, qui semble être plus mobile. Le toucher gynécologique permet de constater que le col utérin est en avant de l'axe du vagin; l'orifice externe est fermé. L'utérus paraît être en rétroversion, mais on ne peut pas le délimiter exactement. La main vaginale palpe une grande tumeur remplissant le Douglas et les deux culs-de-sac latéraux. La main abdominale nous permet de distinguer les deux tumeurs : l'une, d'une grandeur correspondant à une grossesse du septième mois; l'autre, plus petite, accolée à la précédente, mais la dépassant vers le pôle supérieur.

On n'observe pas chez la malade de phénomènes généraux marqués en dehors des douleurs toujours persistantes et peu fortes et d'une légère élévation thermique vespérale ne dépassant pas 37°4. Cet état subfébrile fut mis sur le compte de la tumeur.

Le diagnostic établi fut celui de fibrome utérin.

Le 24 mai, opération en anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Après l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité d'ascite jaune foncé. On trouve un utérus de grandeur et de forme normales, flanqué à sa droite d'une grande tumeur blanchâtre, dure, à surface lisse, provenant de l'ovaire droit. On arrive à

luxer la tumeur hors de la cavité péritonéale et on constate qu'elle a fait une torsion autour de son pédicule de 180 degrés dans le sens des aiguilles d'une montre. Il s'agit d'une grande tumeur ayant les contours d'un 8 dont l'anse inférieure est la plus grande. La partie inférieure de la tumeur a la grosseur d'une tête (15 × 17 cm.). La partie supérieure a la grosseur d'une grosse pomme (12 × 12 cm. 1/2). On observe sur la surface de la petite tumeur des signes d'autolyse. Les tumeurs ne sont pas recouvertes de péritoine; la trompe est normale. Quelques grands vaisseaux cheminent à la surface de la tumeur. Entre la partie distale de la trompe et la tumeur, se trouve, dans le ligament qui les relie, un kyste transparent à parois minces de la grandeur d'un petit œuf de poule. Les annexes gauches sont normales. Hystérectomie sub-totale avec annexes et tumeur, d'après la méthode de Kelly.

La malade quitte le service en bon état douze jours après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes de l'ovaire sont des tumeurs relativement rares, ordinairement unilatérales et survenant à tout âge.

II. — Les fibromes purs de l'ovaire existent, mais le plus souvent on a affaire à des fibromyomes. Ils peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse. Leur volume est très variable, mais le plus souvent ils sont de petites dimensions.

III. — Les principaux symptômes sont :

- a) Augmentation progressive de la tumeur, perceptible par le toucher vaginal;
- b) Douleurs parfois intolérables;
- c) Troubles de la menstruation : aménorrhée ou métrorragie; quelquefois, mais très rarement, elle reste normale;
- d) Ascite fréquente, et souvent considérable.

IV. — Le diagnostic des fibromes ovariens est très difficile; on les confond souvent avec les fibromes utérins sous-péritonéaux et pédiculés ou avec les tumeurs malignes et les kystes de l'ovaire. On peut faire un diagnostic de probabilité en s'appuyant sur l'examen attentif de la tumeur : connexions avec l'utérus, adhérences, caractères morphologiques, sur l'hystérométrie, sur l'évolution et enfin sur l'état général de la malade.

V. — L'évolution du fibrome de l'ovaire peut se poursuivre pendant longtemps au milieu d'un état général parfait. Mais des complications peuvent survenir : torsion du pédicule, pelvi-péritonite, adhérences, dégénérescence sarcomateuse. Certains fibromes de l'ovaire revêtent l'allure clinique des tumeurs malignes. La ménopause ne vient pas mettre un terme à l'accroissement de la tumeur.

VI. — Le pronostic des fibromes de l'ovaire doit être réservé, en raison des complications possibles.

VII. — Le traitement des fibromes de l'ovaire est purement chirurgical et doit être aussi précoce que possible. Il ne comporte pas de contre-indications. Ce sera une ovariectomie double si l'ovaire du côté opposé est suspect, mais s'il est sain, il faudra le conserver, pour laisser à la femme, si elle est jeune, la possibilité de devenir mère.

VU, BON A IMPRIMER .

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

G. CHAVANNAZ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 21 juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APPOLANT. — Eyn Beitrag zum vorkommen der soliden tumoren des ovariums. Thèse, 1885.
- BAGOT. — *New York med. journ.*, 1890.
- BARON. — *Bull. Acad. de méd.*, 1841-1842.
- BÉGOUIN. — Rapport au Congrès de chirurgie de Paris, 1904.
— Rapport au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie d'Alger, 1907.
- BÉGOUIN et PAPIN. — Le fibrome de l'ovaire. Dans le *Traité de pathologie externe des neuf agrégés*.
- BEUZART. — Dégénérescence sarcomateuse des fibromes de l'ovaire. Thèse Paris, 1907.
- BLIN. — *C. R. Soc. de biol.*, 1852.
- CAILLIOT. — *Arch. gén. de méd.*, 1824.
- CHAPUT et MORELY. — *Société d'anatomie*, 1898.
- CHURCHILL. — *Maladie des femmes*. Traduction franç., Paris, 1874.
- CODET-BOISSE. — Evolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire. Thèse Bordeaux, 1903-1904.
- COUDERT. — Thèse Paris, 1903-1904.
- COURTY. — *Maladie de l'utérus et des ovaires*, 1874.
- DAGRON. — *Société d'anatomie*, 1887.
- DARTIGUES. — Les tumeurs solides de l'ovaire. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1899.
- DELIGNY. — De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire. Thèse Lille, 1898.
- DELMAS. — Un cas de fibrome de l'ovaire. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1920.
- DEMONS. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1902.
- ESTOR, GRINFELT, AIMES. — Fibromyome de l'ovaire. *Montpellier médical*, 1920.

- FORGUE et MASSABUAU. — Les fibromes de l'ovaire. Dans *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*.
- FAGUET. — Fibrome de l'ovaire et grossesse. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 1924.
- GASCHEAU. — Thèse Paris, 1902-1903.
- GUELLIOT. — Complications¹ des fibromes de l'ovaire. *Presse médicale*, 1906.
- GUILLAUME-LOUIS. — Les tumeurs solides de l'ovaire (étude clinique). *Arch. méd.-chir. de province*, Tours, 1925.
- GUILLEMIN. — *Gyn. et Obst.*, 1929.
- GOADHART. — Fibroma of the ovary. *Trans. Path. Soc. London*, 1873-1874.
- GRIPPAT. — *Soc. anat.*, 1870.
- JEANNENEY et ROSSET-BRESSAND. — *Gyn. et Obst.*, 1930.
- JOUIN. — Thèse Paris, 1897-1898.
- LALLEMAND. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse Paris, 1896.
- LAUWERS et ROUFFART. — *Bull. Soc. belge de gyn. et obst.*, 1900.
- LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*. Traduction franç., Paris, 1886.
- LESQUEFF. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1857.
- MÉRIEL. — Les tumeurs solides de l'ovaire. Rapport au Congrès de gynécologie de Toulouse, 1910.
- MUNDE. — *Amer. Journ. obst.*, 1889.
- OWEN. — Fibroma of the ovary with an account of a case. *The Lancet*, London, 1923.
- PATENKO. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1880.
- PICQUÉ. — *Sem. gyn.*, 1896.
- PUECH. — Les fibromes de l'ovaire. *Gaz. des hôp.*, 1905.
- QUENU et LONGUET. — *Rev. de chir.*, 1901.
- REYNES et SALEM. — Ablation d'une volumineuse tumeur fibrokystique de l'ovaire.
- ROKITANSKI. — *Lehrb. der Path. anat.*, 3^e éd., t. III.
- ROUTIER. — Fibrome de l'ovaire tordu. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1909.
- SARRE (Albert). — Thèse Lyon, 1892-1893.

- SEGOND. — Les fibromes de l'ovaire dans *Traité de chirurgie de Duplây et Reclus*.
- SPENCER WELLS. — Les tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Trad. Rodet, Paris, 1883.
- SPIEGELBERG. — *Monats. für Geb.*, 1866, p. 145.
- SZURMINSKI. — *Über soliden eierstockes Tumoren*. Breslau, 1872.
- TCHAKMANOFF. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. Thèse Lyon, 1903.
- VAN BUREN. — Cité par LÉOPOLD in *New York med. Journ.*
- VAUTRIN et HOCHÉ. — Les fibromes de l'ovaire. *Rev. de gyn. et chir. abdom.*, 1909.
- VAUTRIN. — Fibromes et tératomes de l'ovaire. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1921.
- WILKS. — Three specimens of fibrous tumors of the ovaries. *Trans. path. Soc. London*, 1857.
- QUENU. — *Rev. de chir.*, 1886.

